

Des Métrorragies Hémogéniques

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 1934

par

CHICHE EMILE

NÉ LE 16 SEPTEMBRE 1903 A BLIDA

JURY

MM. GILLOT, Professeur de Clinique médicale et Hygiène infantile.	Président
PORTES, Professeur de Physique médicale.	Juges
DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).	
BENHAMOU Agrégé (Médecine).....	

Des Métrorragies Hémogéniques

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 4 Mai 1934

par

CHICHE EMILE

NÉ LE 16 SEPTEMBRE 1903 A BLIDA

JURY

MM. GILLOT, *Professeur de Clinique médicale et Hygiène
infantile*,

Président

PORTES, *Professeur de Physique médicale*,

DUBOUCHER, *Agrégé (Chirurgie)*,

Juges

BENHAMOU *Agrégé (Médecine)*,

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN. MM. LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
DOYEN HONORAIRE. HERAIL (☞. I. ☞)
ASSESSEUR. GILLOT (I. ☞)

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique.	N...
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I. ☞)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale.	COSTANTINI (☞)
Clinique obstétricale et puériculture du pre- mier âge.	LAFFONT (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.	LOMBARD (☞. ☞. I. ☞)
Clinique médicale	AUBRY (☞. ☞. I. ☞)
Histologie et Embryologie.	WEBER (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie pathologique.	POUJOL (I. ☞)
Chimie biologique et médicale.	MAILLARD (☞. I. ☞)
Hygiène, hydrologie et climatologie	N...
Physiologie	TOURNADE (O. ☞. ☞. I. ☞)
Pharmacie.	MUSSO (I. ☞)
Médecine légale	GIRAUD (O. ☞. ☞. I. ☞)
Anatomie.	LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
Microbiologie et cryptogamie.	PINOY (☞. I. ☞)
Physique médicale	PORTES (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	CABANES (☞. ☞. I. ☞)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (☞. I. ☞)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ☞)
Botanique et matière médicale.	FOURMENT (A. ☞. O. O. ☞)
Pathologie générale et clinique psychiatrique...	POROT (I. ☞)
Thérapeutique	LEBON (☞. ☞. A. ☞)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (☞. ☞) Agrégé. Histologie.

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (☞. I. ☞) HERAIL (☞. I. ☞)

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-fem-
mes. MM. FUSTER (☞. ☞. I. ☞)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. ABOLKER (☞. ☞)

AGRÉGÉS

Chirurgie	DUBOUCHER (I. ☞)
Médecine	FERRARI (I. ☞)
Physiologie	MOGGI (I. ☞)
Anatomie	BENHAMOU ☞
Chimie médicale.	LACROIX
Obstétrique	N...
Histoire naturelle pharmaceutique	RIBET (☞. A. ☞)
Anatomie pathologique.	N...
	HOUEL (☞. ☞. A. ☞)
	N...
	MONTPELLIER (I. ☞)

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse

A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MA MERE ET A MON PERE

Profond témoignage de ma reconnaissance fidèle. Leur affection inépuisable, leur dévouement infatigable m'ont toujours aidé au cours de mes études.

Puisse ce modeste travail leur apporter l'hommage de ma tendresse, de mon respect et de mon amour.

A MA SŒUR

En toute adoration.

A MES FRÈRES

*Qui ont toujours été pour moi les
meilleurs amis.*

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BENHAMOU

Médecin des Hôpitaux

Professeur Agrégé

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré ce travail, témoignage de ma gratitude et de mon affectueux dévouement.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONIEUR LE PROFESSEUR GILLOT

Professeur de Clinique Médicale et d'Hygiène Infantile

*Témoignage de reconnaissance
d'admiration et de respectueuse
affection.*

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Physique Médicale

Qu'il soit persuadé de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBOUCHER

Professeur Agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

Témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MON GRAND AMI

LE DOCTEUR PAUL SEBBAH

*Qui nous a exprimé ses senti-
ments d'amitié et son dévouement.
En toute reconnaissance.*

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES

*R*EMPLIS mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'amî et l'ennemi, le bon et le mauvais. Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Que mon esprit reste clair près du lit du malade, qu'il ne soit distrait par aucune pensée étrangère, afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures. Fais que mes malades aient confiance en moi et en mon art, qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.

Eloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils et les gardes qui savent toujours tout, car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art, comme une cuirasse, me rende invulnérable pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers. Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Eloigne de moi l'idée que je sais tout et que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'art est grand, mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant.

MOISE MAIMONIDE.

(1135-204)

C'est une précieuse chose que la santé, et la seule qui mérite à la vérité qu'on y emploie, non le temps seulement, la sueur, la peine, les biens, mais encore la vie à sa poursuite.

MONTAIGNE.

INTRODUCTION

Les Métrorragies constituent un chapitre important des affections gynécologiques. On sait qu'elles frappent aussi bien la jeune fille au moment de l'installation des règles que pendant sa vie génitale, et au moment de la ménopause.

Ces métrorragies ont souvent été considérées comme des syndromes locaux ressortissant à des lésions de l'utérus: fibromes, polypes, néoplasmes, métrites hémorragiques. Nous ne faisons pas allusion ici aux métrorragies du post-partum ou du post-abortion qui sont bien connues.

Mais dans ces dernières années, sous l'influence des travaux de P.-E. Weil et des hématologistes, l'attention a été éveillée sur certaines métrorragies qui semblaient indépendantes de toute cause locale.

Quelques-unes de ces métrorragies s'accompagnent des stigmates du purpura essentiel, de « l'hé-

gémonie » comme on l'appelle maintenant, et le terme de « métrorragie hémogénique » est devenu classique.

Récemment encore, Notre Maître, M. le Docteur Benhamou et Monsieur le Professeur Duboucher rapportèrent à la Société de Chirurgie une observation tout à fait typique de métrorragie hémogénique guérie non par le traitement local, mais par la splénectomie.

Sur les conseils de Notre Maître, Monsieur le Professeur Benhamou, nous avons voulu faire une revue critique de la question, grouper les Observations déjà publiées afin de mieux situer ces hémorragies utérines dans le cadre de métrorragies cryptogénétiques.

Sans doute depuis quelques années, une métrorragie de cause légèrement mystérieuse a semblé, elle aussi, prendre une place importante, nous voulons parler des « métrorragies ovarigènes ».

Il devient donc intéressant d'essayer de la situer à côté des métrorragies homogéniques.

Nous rappellerons donc d'abord les symptômes cliniques et les signes hématologiques des métrorragies hémogéniques, nous essaierons ensuite de distinguer ces métrorragies des autres métrorragies et plus particulièrement des métrorragies ovarigènes. Nous dirons les règles du pronostic et nous tâcherons de fixer les indications thérapeutiques.

Le lecteur trouvera à la fin de ce travail inaugural toutes les Observations françaises et étrangères qui nous ont permis de l'étayer.

Historique

Nous nous proposons d'étudier les métrorragies hémogéniques qui se produisent si fréquemment chez la femme au moment de l'installation du cycle menstruel ou même après l'évolution définitive de l'utérus.

Avant de faire l'étude clinique des métrorragies hémogéniques, nous voudrions rappeler l'histoire de la question, préciser les notions apportées par la connaissance de plus en plus approfondie de la diathèse hémorragique à laquelle se rattachent ces métrorragies.

Elles prennent, à l'heure actuelle, une place importante dans le vaste chapitre des métrorragies.

Sans qu'il y ait un temps fixe pour la durée des règles, on considère généralement que la perte sanguine menstruelle normale dure de 4 à 5 jours. Les règles prolongées ou ménorragies et les hémorragies utérines ou métrorragies n'étaient interprétées, au cours du XIX^e siècle, que comme des manifestations très vagues et de pathogénie imprécise de la sphère génitale. On parlait, à l'époque, d'excès de flux menstruel, de déplacement de ce flux, sans s'occuper de ces situations qui se prolongeaient pendant plusieurs mois sans qu'on y prenne garde.

Dans certaines familles à côté des jeunes filles ménorragiques, des mères ou des sœurs qui présentaient les mêmes accidents, on s'accoutumait à considérer « ces misères comme faisant partie des

traditions de la famille et on les acceptait avec résignation qui n'était pas exempte de fierté, car tout le monde ne pouvait avoir un sang aussi riche. » (Siredey)

Dans les nombreuses études des métrorragies chez les femmes, Médecins et Chirurgiens s'acharnaient à découvrir une cause locale, malgré l'absence de signes physiques. Bennet, en 1858, parle de métrites virginales ou de scléroses utérines, malgré l'absence de tout *produit* anormal ramené par le curettage.

En 1859, Huguier mentionne ces hémorragies utérines chez les vierges dans un mémoire à l'Académie de Médecine sur les allongements hypertrophiques du col.

Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, met les métrorragies des jeunes filles sur le compte d'une mauvaise conformation de l'organe provoquant la stase du sang menstruel. Chez les femmes, on parle d'hyperémie ovarienne, d'ovarite menstruelle, d'apoplexie ovarienne, de congestion utérine, d'hyperplasie et d'hypoplasie sexuelle (Kirchow), de coprotase (Castan).

Certes, il était légitimes, *à priori*, de faire jouer un rôle primordial à des troubles de l'appareil génital, troubles fonctionnels ou lésions anatomiques évidentes, lésions utérines, tubaires ou ovariennes; mais il fallut se rendre bien compte qu'on ne pouvait toujours expliquer ces hémorragies par des lésions locales que des recherches les plus minutieuses montraient inexistantes.

Mais, dès 1890, d'autres cliniciens, montraient déjà le caractère idiopathique de certaines métrorragies. Dupuy, en 1892, dans sa thèse, parle de métrorragie essentielle sans pouvoir déjà les rattacher à des lésions utéro-ovariennes, un peu plus tard Ruth soupçonne une cause dyscranique et apporte de belles observations (métrorragies chez une vierge hémophile. En 1905, de Bovis rapporte des cas de métrorragies qu'il attribue à une hémophilie locale.

On dépassa insensiblement le cadre de l'appareil utéro-ovarien pour essayer de rattacher ces hémorragies à d'autres facteurs qu'à des modifications locales de la sphère génitale.

Villate, de Vérin mentionnent des hémorragies au cours de rétrécissement mitral. Gaullieur, de L'Hardy et, plus tard, Trousseau, parlent de chlorose métrorragique. Mais c'est surtout les affections du cœur qui faisaient les frais de leur étiologie.

Ainsi, le cercle des chercheurs se resserra plus étroitement et des médecins comprirent que cette affection isolée ne dépendait plus strictement du domaine de la gynécologie, mais de troubles d'ordre généraux qu'il importait d'élucider.

En effet, Duris, Landouzy nous ont fait connaître les métrorragies en rapport avec le rétrécissement mitral.

Dalché nous a signalé celles qui accompagnent à tout âge les maladies du foie.

Siredey et Richelet ont appelé l'attention sur

certains troubles fonctionnels qui paraissent imputables au neuro-arthritisme.

Gilbert les rattache aux ictères acholuriques. Delangre à la tuberculose péritonéale, Quene à l'hérédité tuberculeuse. Léopold Levy et Henri de Rothschild ont montré l'influence fréquente des altérations des glandes endocrines et, en particulier, de l'insuffisance thyroïdienne (myxedeme et hypothyroïdies chroniques et bénignes).

Cependant, plusieurs étapes marquèrent les progrès que l'on fit dans ces recherches. Les travaux sur l'hémophilie et les états hémorragipares conduisirent les auteurs à s'occuper de toutes les hémorragies physiologiques et pathologiques et, en particulier, de celles que les femmes peuvent présenter à l'occasion de leur vie génitale.

C'est à Duke, et en particulier à P. E. Weil (de Lyon) que l'on doit de connaître l'importance qu'il faut attacher aux facteurs généraux et aux lésions sanguines dans les réalisations de ces hémorragies utérines.

Mais déjà cependant, l'étude des Purpuras avait été féconde. Les travaux de Lasègue, ceux de Denys, de Louvain, ceux de Hayem qui découvrit, le premier, la diminution des hémato blastes et en fit un signe caractéristique essentiel, contribuèrent à mettre au point les stigmates qui se trouvent aujourd'hui à la base des syndromes hémogéniques. Mais Duke et Weil apportèrent deux procédés nouveaux dans la recherche de ce syndrome : ces deux procédés sont d'une valeur séméiologique importante. Ce sont :

Le temps de saignement et le signe du lacet.

A l'aide de ces deux signes, on serrà de plus près le problème.

D'autres acquisitions modernes, telle la mesure systématique des plaquettes sanguines, sur laquelle, comme nous le verrons plus tard, a insisté particulièrement notre Maître, Monsieur le Professeur Benhamou dans son livre sur l'Exploration fonctionnelle de la rate, ont permis d'établir des distinctions capitales dans les syndromes hémorragiques et d'éclairer d'un jour nouveau les conceptions pathogéniques que l'on se faisait de l'hémophilie et du purpura chronique ou hémogénie.

Qu'est-ce que l'hémogénie ? C'est une diathèse hémorragique appartenant essentiellement au sexe féminin. Elle débute de façon générale dans l'enfance ou la puberté. Elle est caractérisée par des hémorragies capillaires *cutanées* : purpura, ecchymoses au moindre choc; *muqueuses* : épitaxis, gingivorragies, hémorragies génitales, et par des *tares sanguines* spécifiques : signe du lacet positif, prolongation du temps de saignement, coagulation normale, irretractilité du caillot, absence ou diminution des hématoblastes. La notion d'hémogénie en clinique étant bien établie, cette notion nous permettait de comprendre l'importance des différents aspects sous lesquels elle peut se manifester. On conçoit donc que les accidents hémorragiques qui se rattachent à cette diathèse peuvent se cantonner à certaines sphères. Certaines hémorragies pouvaient donc appartenir à ce sol hémogénique si spécial et être un reflet de cette tare sanguine.

C'est, non seulement, la connaissance des stigmates de l'hémogénie qui a permis de les soupçonner, mais encore le fait de ne trouver aucune lésion de l'utérus ou des annexes.

Halban semble avoir été le premier à relater l'observation d'une métrorragie hémogénique guérie par la splénectomie.

Ainsi, il a fallu franchir plusieurs étapes avant d'effectuer la synthèse des états hémorragipares dont les métrorragies constituent une manifestation locale isolée et de leur donner un substratum de tare vasculo-sanguine commune.

Hayem, Denys et plus tard Franck nous apprirent que les plaquettes, thrombocytes ou globulins, étaient diminuées. Par la suite, on découvrit suivant l'expression de Widal, qu'il pouvait y avoir des purpuras sans purpuras, c'est-à-dire des hémorragies sans lésions cutanées apparentes. Ces hémorragies se manifestent soit par les épistaxis, gingivorragies, hémathémèses, hémotysie, hématurie, métrorragies, etc.

L'observation de Kaznelson nous apprit que la splénectomie pouvait en amener la guérison. Mais c'est surtout à Paul Emile Weil que revient le mérite d'avoir réuni des faits en apparence disparates, éloignés les uns des autres, et de les regrouper en un faisceau homogène. C'est lui surtout qui a contribué à montrer la parenté de nature qui unissait les métrorragies hémogéniques à l'hémogénie diathésique.

En 1912, il étudie l'action des troubles de la coa-

gulation sanguine sur la durée des règles et la production des hémorragies utérines et il montra l'importance du facteur dyscrasique sanguin. Il constate :

Que ces hémorragie s'accompagnent le plus souvent d'autres hémorragies : ecchymoses cutanées, épistaxis.

Qu'elles ont été précédées par des hémorragies.

Qu'elles s'accompagnent de façon constante de lésions sanguines : anomalie de la coagulation constante et minime, rétraction du caillot moindre que dans la normale, un temps de saignement augmenté.

L'ensemble de ces phénomènes lui firent attribuer ces hémorragies à une cause générale dyscrasique et il a souligné l'intérêt que ces faits pouvaient offrir en pratique.

Et c'est ainsi que dans les manifestations hémorragiques si variées et si abondantes que cette diathèse offre, nous nous sommes appliqué à mettre en valeur le syndrome hémogénique localisé à la sphère génitale pour en souligner toute l'importance qu'il peut prendre en clinique.

Dans l'hémogénie diathésique bien développée, ces métrorragies constituent un signe manifeste, typique, mais quelquefois fruste, estompée elle devient difficile à mettre en évidence.

Nous étudierons donc :

Les signes cliniques, les signes hématologiques, le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement en apportant les différentes et nombreuses observations qui se rattachent à cette affection.

**Signes cliniques
des métrorragies
hémogéniques**

Un symptôme capital domine l'Histoire des métrorragies hémogéniques. Comme le nom de l'affection l'indique, elle se manifeste par des hémorragies sous forme de règles prolongées ou hémorragies, ou sous forme de règles intercalaires ou métrorragies. L'utérus qui est le lieu d'hémorragies capillaires normales est un des organes qui est le plus fréquemment le siège de ces hémorragies localisées.

En effet, de toutes les observations que nous avons rapportées, il apparaît qu'il s'agit le plus souvent de femmes présentant des troubles de la menstruation et dont les règles excessives de fréquence et de durée constituent le plus souvent la seule manifestation pathologique qui amène ces malades à consulter ces médecins.

CARACTERES DE CES HEMORRAGIES

Ces hémorragies supplémentaires s'observent dans deux conditions différentes, ce sont des femmes dont les ménorragies sont considérables par leur intensité, par leur durée, et dont l'hémorragie utérine s'aggrave, comme le mentionne Paul Emile Weil, d'hémorragies plus ou moins importantes par diverses voies. Cet état hémorragique peut persister pendant longtemps pour disparaître pendant des années et réapparaître à certaines époques

variables de l'existence. Ou bien encore, il s'agit de femmes dont les règles sont insuffisantes, minimales, mais toujours accompagnées d'hémorragies telles qu'épistaxis, hémoptysies non tuberculeuses, plus exactement d'hémorragies complémentaires.

Entre ces deux catégories de malades, on observe toutes les transitions, mais ce sont surtout celles qui présentent ces règles supplémentaires, abondantes, véritables hémorragies incoercibles qui offrent au gynécologue le soin de dépister leur étiologie.

Ces faits, cependant, sont bien connus en clinique, qu'ils s'agissent d'hémorragies supplémentaires ou de règles déviées que Flamand appelait autrefois *ménoxémie*. Mais souvent, le gynécologue, le médecin ne les rapportent pas à leur juste cause et négligent le mécanisme de leur production. S'ils trouvent une lésion locale (Observations Isch-Wall), ils négligent le plus souvent le facteur dyscrasique sanguin qui intervient pour augmenter la perte hémorragique. Et ceci a un intérêt thérapeutique considérable, puisqu'un traitement local reste le plus souvent inefficace. Ces malades relèvent d'une thérapeutique médicale appropriée et ne sont pas du ressort du chirurgien.

Ces manifestations hémorragiques peuvent apparaître à la puberté, au moment de l'instauration du cycle menstruel. Paul-Emile Weill rapporte de très nombreuses observations de jeunes filles présentant une menstruation inquiétante par son abondance ou par sa durée. Il signale cependant que toutes présentent des hémorragies associées.

épistaxis, ecchymoses cutanées. Mais toutes ces hémorragies restent toujours au second plan du phénomène hémorragique localisé à la sphère génitale.

Sans vouloir contester que ces hémorragies de la puberté peuvent quelquefois être attribuées, comme on le voulait auparavant, systématiquement, à des lésions ovariennes, utérines, (Inflammations variées; tuberculeuse; métrite virginale due au mauvais écoulement de sang menstruel et à sa rétention) la plupart du temps, ces hémorragies relèvent uniquement de causes dyscrasiques, d'un état homogénique, fruste ou très apparent suivant les hémorragies associées.

Les métrorragies homogéniques peuvent également se manifester en pleine période d'activité sexuelle chez la femme ou aux environs de la ménopause. Les observations sont nombreuses qui relatent les accidents hémorragiques survenant chez les femmes à la période de la menstruation. Ici, les pertes sanguines utérines constituent souvent la seule manifestation apparente et inquiétante de l'homogénie.

Il est évident que des hémoptysies, des hématomèses, des épistaxis, des accidents cutanés (Pétéchies, ecchymoses), peuvent venir témoigner de l'importance de l'anomalie de la crase sanguine.

D'autre part, des lésions locales peuvent également servir de point d'appel au processus hémorragique, mais elles ne suffisent pas à l'expliquer en présence des petits accidents hémorragiques se produisant sur un terrain homogénique.

Ces femmes qui, au premier abord, semblent relever du domaine de la gynécologie sont des fausses utérines. Ce n'est pas de ce côté que l'on doit rechercher la cause de leur perte sanguine à moins qu'une lésion ne s'impose et qu'on ait eu la précaution de faire le tour des signes qui sont à la base du syndrome hémogénique pour l'éliminer. C'est à cette conclusion qu'arrivent MM. Forgeue et Massabiau, à propos des hémorragies de la ménopause. Bien qu'ils ne fassent pas mention du syndrome hémogénique auquel peuvent se rattacher les métrorragies, ils se refusent de les attribuer à des lésions ovariennes ou utérines et les mettent sur le compte de troubles fonctionnels ovariens, comme ils le font pour les hémorragies de la puberté.

En accordant un rôle primordial à l'ovaire, il est indispensable cependant de penser aux facteurs endocriniens et surtout à la constitution de la crase sanguine dans la production de ces métrorragies. Les métrorragies hémogéniques de la vieillesse sont peu signalées et il semble qu'elles soient exceptionnelles. Il est très rare, en effet, que la diathèse hémogénique ne se soit pas manifestée au cours de l'existence.

En résumé : un symptôme important : la perte de sang par l'utérus. A ce symptôme peuvent s'ajouter des signes cliniques pouvant orienter le médecin vers la possibilité du diagnostic de métrorragie hémogénique. Ce sont : l'association d'un syndrome purpurique, cutané, muqueux ou viscéral, l'absence de toutes lésions locales, le peu de gravité immédiate de l'accident, dans la plupart des

cas, du moins au début, et lorsqu'il n'y a pas les autres symptômes d'un grand purpura généralisé.

En un mot, comme le dit notre Maître : en présence d'une métrorragie qui ne fait pas sa preuve, il faut toujours penser au purpura, même en l'absence de pétéchies, ecchymoses et rechercher les stigmates sanguins de l'hémogénie.

Etudions maintenant ces stigmates sanguins qui peuvent confirmer le diagnostic d'hémogénie localisée.

**Le tableau du sang dans
le Purpura chronique :
l'hémogénie**

Notre Maître a insisté particulièrement sur les examens systématiques qu'il était capital de pratiquer en présence d'un syndrome hémogénique.

1° Faire la numération des plaquettes sanguines : il faut se rappeler que chez le sujet normal, le chiffre des plaquettes varie de 250.000 à 350.000. On peut dire qu'il y a diminution du chiffre des plaquettes, lorsque ce chiffre est tombé au-dessous de 200.000 et s'y maintient. Les oscillations que peut subir ce chiffre sont importantes. Ces oscillations montrent qu'une numération isolée ne peut avoir une signification exacte sous peine d'entraîner des erreurs de diagnostic. Ce chiffre obéit, d'autre part, à différents facteurs physiologiques. Par exemple : celui de la digestion qui entraîne une augmentation des plaquettes ; et un thrombépénique ayant absorbé des aliments pourrait accuser, si la numération est faite au moment de la digestion, une plaquettose normale qui ne serait, en réalité, qu'une plaquettose digestive. Monsieur le Professeur Benhamou a insisté dans son livre sur l'exploration fonctionnelle de la rate sur la nécessité de compter le matin à jeun et à une même heure pour éviter les oscillations, d'ailleurs normales, de la plaquettose au cours du nyctémère. En outre, la numération des plaquettes que l'on avait tendance à considérer comme un exercice de laboratoire très difficile a été rendu d'une extrême simplicité depuis le jour où notre Maître eut l'idée d'ajouter à la

technique de Van Hervenden-Van Goidsenhoven une trace de cresyl bleu brillant au liquide de dilution. Il permet ainsi de rendre plus sensible cette numération qui doit être aujourd'hui à la portée de tous les hématologistes.

Au cours de l'hémogénie, on note :

1° Une thrombopénie importante qui tombe à 50.000 ou même à 20.000 plaquettes.

2° Une diminution ou irrétractilité du caillot qui varie particulièrement avec le stigmate précédent.

Il faudra :

2° *Mesurer le temps de coagulation.* — Chez le sujet normal, il ne dépasse point 4 à 5 minutes, dans l'hémogénie il dure également de 4 à 5 minutes alors qu'il est extrêmement prolongé dans l'hémophilie.

3° *Mesurer le temps de saignement, épreuve de Duke.* — Cette épreuve consiste à produire une petite blessure au niveau du lobule de l'oreille avec un vaccinostyle : on obtient un petit saignement en gouttes que l'on étanche avec une feuille de buvard de 30 secondes en 30 secondes. Dans l'hémogénie, ce temps de saignement est prolongé et peut atteindre 20 à 30 minutes et aller jusqu'à une heure ou deux.

4° *Observer le caillot.* — Alors que chez l'homme normal, il se rétracte et laisse transsuder son sérum, ici il reste irrétractile.

5° *Rechercher le signe du lacet* (épreuve de Weil, de Lyon). — La technique conseillée par Roskam consiste à appliquer le brassard du Pachon ou du

Waquez au-dessus du coude, à rechercher la Maxima et la Minima, puis à établir dans la manchette

$$Mx + Mn$$

une pression égale à $\frac{Mx + Mn}{2}$ et maintenir la

compression pendant 15 minutes. Le signe est positif si cette recherche entraîne la production de pétéchies abondantes ayant 2 à 3 millimètres de diamètre.

Ainsi, la recherche de ces épreuves permet de démontrer l'existence de lésions sanguines et de mettre ces phénomènes hémorragiques localisés à la sphère génitale sur le compte d'un syndrome hémogénique.

Dans les observations que nous avons rapportées, on peut constater que les signes hématologiques sont ceux du purpura hémorragique, mais il faut savoir les rechercher très attentivement, car chez certains malades, souvent, l'un de ces signes peut prédominer. Quelquefois, c'est la diminution du chiffre des plaquettes qui est le signe majeur, d'autrefois c'est l'irrétactilité du caillot ou bien le signe du lacet: ce signe, cependant, n'est pas suffisant et notre Maître pense qu'il doit être associé à la diminution du chiffre des plaquettes, aux anomalies du caillot et du temps de saignement pour être valable.

Diagnostic différentiel des Métrorragies

Les hémorragies génitales sont le motif principal pour lequel les femmes viennent consulter. Il y a d'innombrables facteurs pouvant déclancher ces pertes sanguines. A côté des nombreuses maladies génitales, il y a les maladies extragénitales (influences constitutionnelles, endocriniennes, nerveuses, psychiques, climatiques, etc.).

Il s'agit, pour appliquer une thérapeutique appropriée, de saisir les rapports intimes qui existent entre la cause et l'effet, et de les rechercher. Tout d'abord : éliminer les troubles de la grossesse et de la puerpuralité, les états inflammatoires, les néplasies, qui jouent un rôle principal dans l'étiologie de ces affections. Un interrogatoire minutieux, serré, l'âge de la malade, les phénomènes concomittants des hémorragies, leur date d'apparition, leur durée, leur intensité, leur couleur et leur rythme, peuvent procurer au médecin un critérium de première nécessité.

Après ces renseignements, le premier souci est de préciser le siège de l'hémorragie : de l'utérus à la vulve, tout endroit peut être le siège de l'hémorragie : différentes méthodes d'exploration sont préconisées sur lesquelles nous n'avons pas à insister (hystérométrie, curage et curettage). Notons, cependant que, souvent, leur emploi inconsideré peut créer des dommages très importants.

Le diagnostic des causes d'une hémorragie génitale consiste aussi à se rendre compte si l'on se

trouve en présence d'un utérus normal ou s'il n'existe pas d'anomalies anatomiques (anomalie de position, augmentation de volume uniforme ou en rapport avec des tumeurs: myomes, fibromes utérins, kystes). D'autre part, un examen général minutieux de l'organisme s'impose. Il faut rechercher s'il n'y a pas une *pyrexie* capable de déterminer l'hémorragie (maladie infectieuse, affection du foie, affection cardiaque, néphrite chronique, maladie du sang, telle que leucémie, anémie pernicieuse, chlorose.)

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une hémorragie sans signes locaux au niveau de l'appareil génital, il convient de pratiquer un examen attentif de l'organisme, de discuter la possibilité de sa nature endocrinienne, l'existence éventuelle d'anomalie constitutionnelle, d'anomalie de la crasse sanguine, de troubles de tel ou tel fonctionnement, etc.. Ainsi, ce n'est que par une exploration attentive, faite avec ordre, qu'il sera possible de rétrécir le champ des étiologies responsables de ces hémorragies génitales.

On doit distinguer trois types hémorragiques :

- 1° *Les hémorragies juvéniles.*
 - 2° *Les hémorragies de la ménopause.*
 - 3° *Les hémorragies de la vieillesse.*
-

Hémorragies de la puberté

Les ménorragies de la jeune fille sont très complexes et relèvent de causes diverses difficiles à connaître : ces hémorragies de la puberté et des années qui la suivent dépendent plus de l'état général des jeunes filles, que de lésions locales. Duris et Landouzy ont fait connaître les hémorragies en rapport avec le rétrécissement mitral primitif. Plus tard, on les imputa au neuro-arthritisme, à des insuffisances endocriniennes, et, en particulier, à une insuffisance thyroïdienne, à des troubles humoraux, obésité, etc.. Cependant, il est des cas où ces hémorragies relèvent de lésions locales : l'apparition prématurée d'une hémorragie intense chez des jeunes filles présentant une puberté précoce, surtout avant l'âge de 9 ans, doit faire songer à des tumeurs des glandes génitales telles que sarcomes, kystomes, etc.. Il y a des métrorragies virginales où l'examen des débris de la muqueuse fait constater des lésions adénomateuses. Les anomalies de forme (petitesse) de position (hyperenteflexioin, rétroversoflexion) de l'utérus, peuvent intervenir dans la production de ces hémorragies.

Il faut mentionner dans les causes fréquentes de ces hémorragies qui surviennent chez les femmes jeunes et même quelquefois chez les femmes à l'âge de la ménopause, les lésions d'endométrites correspondant à une hypertrophie glandulaire irrégulière de l'endomètre.

Ces lésions s'accompagnent d'hémorragies as-

sez irrégulières, souvent persistantes et fortes pouvant entraîner une anémie marquée. Outre ces hémorragies anormales, on note dans certains cas une prolongation du cycle menstruel normal. L'examen objectif montre généralement un degré plus ou moins avancé d'anémie, mais rien d'anormal au point de vue génital. Le diagnostic ne peut être posé que par un examen histologique de la muqueuse utérine indiquant des lésions caractéristiques. Cependant, il faut faire dans le chapitre de ces hémorragies génitales une place importante à ce qu'Aschner a décrit, en 1913, sous le terme d'hémorragie d'origine ovarienne, et que nous retrouverons, dans le diagnostic des hémorragies de la ménopause.

Les hémorragies de la ménopause

Outre les hémorragies que l'on peut mettre, comme nous l'avons vu, sur le compte d'une hypertrophie glandulaire de l'endomètre, le diagnostic d'hémorragie ménopausique doit tenir compte de l'âge de la femme, des retards observés dans le cycle menstruel et de l'existence éventuelle des signes dits d'insuffisance. Déjà, avant l'accomplissement de la vingtième année, des retards dans les époques menstruelles, des phénomènes d'insuffisances, peuvent indiquer l'approche de l'extinction des capacités sexuelles. Cela est rare, car seulement chez 14 p. 100 des femmes les fonctions génitales s'éteignent avant la quarante-cinquième année et la ménopause ne s'installe qu'après la cinquantième année. En dehors de l'âge avancé, les femmes peuvent présenter des signes d'insuffisance dont elles se plaignent, et qui font supposer des troubles de leur maturation cyclique de l'ovule, et le commencement de la suppression hormonale (Dietz, Schröder). Avec l'âge et les signes d'insuffisance, les hémorragies sont caractéristiques ; elles sont intenses, continues et succèdent à une aménorrhée plus ou moins longue. Cependant, la simultanéité des signes d'insuffisance doit faire songer au bon diagnostic à condition toutefois qu'il s'agisse de ménorrhagie. L'intervalle intermenstruel abrégé et notamment les métrorragies militent d'emblée contre le diagnostic d'hémorragie de la ménopause (Walther Benthin).

D'autre part, l'exploration permet souvent d'avoir des éléments importants: les prolapsus vaginaux, les dystrophies utérines indiquent fréquemment qu'il s'agit de ménopause, car à cette époque de la vie sexuelle se fait le relâchement de l'appareil de soutien. Les lésions annexielles et les reliquats inflammatoires peuvent apporter une indication dans l'étiologie de ce syndrome.

Dans les cas de tumeurs, le diagnostic d'hémorragie ménopausique est justifié la plupart du temps chaque fois que l'utérus lui-même ne présente pas d'augmentation de volume. Au contraire, si le volume de l'utérus est augmenté, il faut user de prudence, car c'est à cette époque de la vie que les myomes intersticiels et sous-muqueux, que les formations polypeuses en voie de dégénérescence cherchent à perforer et occasionnent des troubles graves. Les myomes sous-muqueux se reconnaissent cependant aux douleurs intenses qu'ils provoquent, aux hémorragies qu'ils occasionnent par poussées.

Mais c'est surtout aux hémorragies d'origine ovarienne auxquelles Médecins et Gynécologues doivent songer en présence d'un hémorragie de la ménopause.

Nous rapportons à ce sujet une partie du travail de Roberto Gandolfo Herrera qui s'est occupé particulièrement de la question.

« Ces métrorragies ont pour cadre anatomo-pathologique une hyperplasie glandulaire de l'endomètre déterminée par la persistance anormale d'un follicule à maturité (R. Schröder), ou bien à la

maturation incomplète de divers follicules (R. Meyer) avec absence de corps jaunes.

« Quand en 1915, Roberto Schröder donna aux métropathies hémorragiques une base anatomo-pathologique, il en fournit une explication scientifique.

Il supposait que la maturité et la croissance des ovules ne se produisait pas avec l'énergie suffisante pour déterminer la congestion de la muqueuse utérine.

L'action stimulante des follicules qui mûrissent lentement peut s'accumuler et conduire :

A l'hyperplasie et l'hypertrophie de la muqueuse et à un état particulièrement hyperhémique de la muqueuse qui conduisent facilement à de fortes hémorragies provoquées par de nouvelles excitations apparaissant périodiquement.

Il laissa bien comprendre que ce que l'on appelle endométrite fongueuse et endométrite chronique hyperplasique n'était pas tellement endométrique, c'est-à-dire processus inflammatoire de l'endomètre, c'était simplement une hyperplasie pure de cet endomètre occasionnée par l'hyperhémie chronique de la muqueuse. Il supposait que l'albuginée de l'ovaire était épaissie de telle façon que les follicules arrivés à maturité ne pouvaient faire l'ovulation, et stimulaient continuellement l'endomètre.

Plus tard, Adler décrit cinq cas analogues qu'il interprète comme étant une muqueuse anormalement proliférée où la coagulation est diminuée de sorte que l'hémorragie menstruelle est augmentée.

Aussi, conclut-on que la cause principale de cette hémorragie était imputable à l'absence de corps lutéinique qui agissait en paralysant les éléments ovariens producteurs de l'hémorragie menstruelle.

Novak, après de systématiques recherches rencontra des follicules en maturité et des follicules atrésiques auxquels il manquait toujours les corps jaunes.

Meyer Rünge et Babès sont d'accord pour affirmer la relation qui existe entre l'endomètre et l'ovaire et ils discutent seulement avec R. Schröder sur l'interprétation de l'hypertrophie folliculaire géante.

Nous ne pouvons passer sous silence les noms de Fritsch, Scanzoni, Oshausen, Theilhaber, Ruge, Veith, Döderlein, jusqu'aux noms d'Hitschmann et d'Adler qui, en 1907, viennent révolutionner la gynécologie démontrant que les cadres décrits comme endométrite glandulaire et interstitielle n'étaient pas autre chose que différentes phases de la transformation physiologique menstruelle de l'endomètre.

Pankow, en 1910, créa le chapitre de la métropathie hémorragique et il est « très près d'admettre que les altérations des ovaires pourraient être la cause des altérations cliniques » décrite sous ce nom.

Aschner décrit en 1913 les hémorragies d'origine ovarienne dans lesquelles est inclus entr'autres la métrorragie métropathique de Pantow, et, où le substratum anatonique était représentée dans

l'ovaire par l'absence de corps jaune mûr ou en maturation et une dégénérescence sclérokystique avec maturité accélérée et abortive qui justifient l'appellation d'hémorragies ovarigènes.

Le nom de cette affection a été sujet à des essais de modifications telles que « métrorragies ovario-pathique », « hyperphasie de l'endomètre », « endométropathies ovarigènes », etc..

La métropathie hémorragique de R. Schröder reste, comme l'hyperplasie glandulaire kystique de l'endomètre, occasionnée par la persistance folliculaire ou la maturité incomplète de divers follicules, à l'exclusion de tout autre cadre clinique qui se manifeste sous la forme de métrorragie.

Fréquence : Suivant les statistique de R. Schröder, il considère que cette affection existe dans la proportion de 1 p. 100 approximativement, proportionnellement aux malades qui entrent dans une clinique.

Quant à l'âge, il considère qu'entre 41 et 50 ans, il y a un plus grand nombre de cas (82 à 84 p. 100).

De 16 à 20 ans : 5 p. 100 environ, et de 4 p. 100 entre 20 et 27 ans.

Il fait remarquer que les 90 p. 100 des cas ont lieu après 37 ans.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Avant de nous étendre sur l'anomalie du cycle génital de la femme que nous connaissons sous le nom de métropathies hémorragiques, nous passerons en revue le cycle normal, et, en particulier, le cycle endométrial que nous devons à l'étude de Schröder et dont nous adoptons la description suivante :

Après le quatrième ou cinquième jour du début de la menstruation, c'est-à-dire quand celle-ci est à son point terminal, et le quatorzième ou quinzième jour après le commencement du flux menstruel, cette période pendant laquelle l'œuf et le follicule mûrissent; il se fait dans l'endomètre la phase prolifératrice.

Dans la couche basale de l'endomètre qui est recouverte par un épithélium, on voit clairement la formation d'une stratification avec glandes courtes qui grandit rapidement en épaisseur jusqu'à être 3 à 5 fois supérieure.

Les glandes s'étirent fortement et montrent de nombreuses figures de mitoses au niveau leur épithélium qui est ordinairement cylindrique de hauteur moyenne avec un noyau foncé au centre quand on colore le protoplasme avec des substances acidophiles.

Jusqu'au neuvième et dixième jour, la striation est arrivée au maximum d'épaisseur ; les glandes commencent à s'allonger mais conservent toujours leur forme étroite. On observe de nombreuses mito-

ses. Les cellules du stroma sont étoilées et ont un petit corps.

Les vaisseaux suivent un trajet direct jusqu'à la superficie. La mitose se conserve abondante sans aucune modification pour le moment de l'épithélium.

Ensuite, commence le corps lutéinique qui, après une rapide maturité, demeure en pleine puissance.

Dans l'endomètre, nous avons la phase de sécrétion, qui est le premier signe de la clarification de la zone voisine du noyau, et de la cessation des mitoses.

Dans les premiers jours qui suivent, la clarification de l'épithélium va en augmentant. On peut démontrer facilement la présence de glycogène et de graisse ; le processus s'étend de la base des cellules jusqu'à la partie située contre la lumière : les glandes deviennent de plus en plus sinueuses du quatorzième ou vingtième jour, on peut voir la formation d'une vacuole apicale et une ulcération se produire à la superficie de l'épithélium. Les cellules du Stroma par augmentation du volume de leur corps s'adossent intimement les unes aux autres. La sécrétion se produit lentement. L'abondant contenu, positif au mucicarmin, glycogène et globules de graisse, occupe la lumière glandulaire.

En raison de l'intensité de la sécrétion, la glande demeure fortement sinueuse, pouvant acquérir par augmentation de surface une forme dentelée. Les cellules du stroma deviennent plus grandes et plus visibles jusqu'à la superficie et autour des vais-

seaux hypertrophiés. Ainsi, finalement, on peut distinguer dans le stroma une stratification superficielle de cellules volumineuses (stratification superficielle de cellules volumineuses (stratification compacte et une stratification périvasculaire faite des mêmes cellules (stratification déciduale).

Du premier au quatrième jour, l'œuf qui n'a pas été fécondé succombe.

Le corps lutéinique, après sa complète organisation, commence son involution et un nouveau follicule, peut commencer sa maturité.

L'endomètre montre la phase de desquamation et de régénération.

Dans les jours antérieurs à l'hémorragie menstruelle, on voit petit à petit apparaître et s'étendre nombreux leucocytes qui, au commencement, envahissent la stratification dans la partie profonde de laquelle apparaît aussi un processus de chromatolyse et de pycnose. Le jour qui précède la perte menstruelle, les capillaires se remplissent abondamment, se lacèrent et s'ouvrent, mais la réplétion des capillaires peut aussi ne pas être tellement évidente et avoir également produit la rupture du stroma et de l'épithélium.

Toute la stratification fonctionnelle est désorganisée, cellule par cellule, et dans ce sphacèle prennent part principalement, d'une part, les leucocytes avec leur activité phagocytaire et de l'autre d'abondants ferments proto-glycolypolytiques de la stratification intermédiaire. Au deuxième jour de la menstruation, on ne rencontre seulement que

la couche basale avec quelques restes détruits et la destruction de la stratification glandulaire; ces restes sont aussi rapidement éliminés et du fond glandulaire restant, prolifèrent jusqu'à la surface ces cellules épithéliales qui prennent un contact réciproque et reconstituent la nouvelle stratification proliférative.

Tous ces détails, ainsi que la corrélation entre le cycle ovarien et le cycle endométrial se manifestent clairement dans le schéma classique de Roberto Schröder.

Si nous supposons une révolution fonctionnelle de l'ovaire qui interrompt le cycle dans sa première moitié; celui de la maturité folliculaire avec hypertrophie persistante d'un follicule qui ne crève pas et pourtant il n'y a pas formation de corps jaune ou bien nous supposons une maturité incomplète et accélérée. Le cycle endométrial qui lui est subordonné subiste aussi en sa période de prolifération quand il reçoit le stimulant folliculaire et nous avons ainsi constitué l'hyperplasie de la muqueuse avec disposition des glandes en forme irrégulière dilatées, formant de petits kystes visibles encore à simple vue, c'est-à-dire l'hyperlasie glandulokystique ou encore la métropathie hémorragique proprement dite.

Nous avons déjà esquissé la pathogénie de l'affection, mais il est nécessaire d'expliquer la cause de la persistance pathologique du follicule ou la maturité accélérée avec atrésie des follicules.

Schröder croit à une débilité de l'ovule qui empêche sa complète maturation : Roberto Mayer

le considère comme un symptôme de l'âge ou une débilité passagère dans la maturation de l'œuf.

Depuis que Zondek considéra dans le lobule antérieur de l'hypohyse le prolan A, dont l'action se manifeste dans la maturation du follicule et le prolan B d'action lutéïnisante, Hofbaner soutient comme cause initiale du processus une hyperproduction du prolan A. De même, chez des femmes d'un certain âge, quelques tumeurs ovariennes peuvent déterminer ce cadre d'hyperplasie.

Zondek, très récemment, considère la métropathie hémorragique comme une transformation polyhormonale. Nous relatons avoir pu constater chez des malades porteuses de cette affection une élimination exagérée de folliculine dans les premières urines de la matinée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

R. Schröder, que nous devons nommer continuellement, disposant d'un matériel abondant et bien utilisé, pût constater par la laparotomie, l'état des ovaires, trompes et utérus, dans 62 cas où la muqueuse présentait l'aspect de l'hyperplasie glandulokystique.

Il faut considérer la lésion ovarienne et endométriale. Dans la première, on observe un follicule géant de calibre variable, allant jusqu'à une noix avec la structure typique du follicule mûr, conte-

nant un ovule qui n'est pas en relation avec la croissance exagérée du follicule. Exceptionnellement, on peut observer la régression de la granuleuse et la lutéinisation: pour Mayer, on rencontre de nombreux follicules en maturation incomplète et accélérée.

Le corps utérin se rencontre très fréquemment augmenté de volume, congestionné, de consistance diminuée avec des fibres musculaires épaissies et abondantes. Le col est très fréquemment ramolli. L'endomètre épaissi considérablement jusqu'à avoir un aspect polypeux montre quelques petits kystes qu'on peut cependant voir à simple vue.

Sa surface est irrégulière avec foyers hémorragiques et nécrotiques plus abondants jusqu'au col.

Histologiquement, ce qui retient aussi notre attention, c'est la disposition essentiellement irrégulière de glandes dilatées jusqu'à former de petits kystes, ainsi que l'hyperplasie de tous les éléments de la muqueuse où se confondent la fonctionnelle et la basale. L'épithélium glandulaire est formé de grandes cellules cylindriques en activité karyokynétique, et en repos de sécrétion.

On observe à la surface de grands capillaires pleins de sang et des veines dilatées thrombosées dans la zone de l'infractus. On observe aussi dans le stroma des zones d'œdème interstitiel et d'infiltration leucocytaire.

Les trompes ne présentent aucune particularité.

SYMPTOMES

Nous répèterons encore que la muqueuse présente des foyers hémorragiques et nécrotiques, oui mais ils ne donneront pas les symptômes prédominants de cette affection, la métrorragie, produite par l'ouverture des vaisseaux par nécrobiose de la muqueuse encore en prolifération.

C'est un mécanisme, essentiellement différent de celui de la menstruation, où l'hémorragie provient de la superficie « saignante » que laisse la couche fonctionnelle de l'endomètre après une desquamation uniforme de celle-ci.

L'hémorragie peut adopter différents types que nous diviserons, d'après Schröder, en 3 groupes :

Dans le premier groupe, les malades racontent qu'ils sont continuellement en hémorragie de quantité variable pendant plusieurs semaines (de quatre à douze ou plus encore), qui irait en augmentant graduellement, s'interrompant avec des périodes de perte moindre, puis des périodes d'augmentation croissante ou s'intercalaient de petites aménorrhées.

Ces métrorragies étaient précédées dans la moitié des cas environ par un intervalle plus long entre deux règles qui peut être de 6 mois et même d'un an.

L'autre moitié commence son hémorragie au moment correspondant à la date menstruelle, mais le cycle antérieur à la courte aménorrhée qui a précédé l'hémorragie s'est abrégé.

Dans le deuxième groupe, on peut constater avant la dernière métrorragie plusieurs hémorragies de trois à cinq semaines de durée.

Dans le troisième groupe enfin, l'hémorragie se dissimule sous le type d'une hémorragie menstruelle plus abondante et prolongée.

Relativement, les malades ne ressentent aucune gêne du bas ventre, ni douleurs d'aucune espèce, tiraillements ou pincements, mais des troubles de l'état général comme répercussion de leurs métrorragies.

Le volume de l'utérus est très fréquemment augmenté et ramolli — quoique, dans certains cas, il peut être un peu plus résistant, laissant supposer l'existence d'un myome. La vulve, vagin, et col utérin sont fréquemment cyanosées, et on trouve ce dernier ramolli et à orifice externe perméable, même chez les vierges.

Dans les régions annexielles, on peut atteindre les ovaires, où on peut constater, en quelques opportunités, l'existence d'un kyste et l'éclatement de celui-ci au moment du palper bimanuel.

Il reste entendu que, si cette affection s'accompagnait de processus inflammatoires ou de tumeurs, l'examen clinique serait moins clair et resterait dissimulé par ces processus.

Nous avons dit que l'état général subissait la répercussion de ces hémorragies génitales, entraînant un degré d'anémie en rapport avec l'intensité de ces hémorragies.

Ce sera : le teint typique de la peau, la pâleur

des muqueuses, le léger œdème sous-cutané, la dyspnée, le poul fréquent et hypotendu, les souffles cardiaques anorganiques, etc., etc..

Le tableau hématologique sera typique d'une anémie secondaire : l'hémoglobine sera de 70 à 80 p. 100 dans les cas bénins pouvant descendre jusqu'à 30 p. 100 dans les cas plus graves.

Le signe de Rumpel Leedsche manque et on n'a pu diagnostiquer aucun cas d'hémophilie féminine.

Le taux du calcium dans le sang est devenu inférieur à la normale dans les sept cas étudiés par Heyn et K. Haase.

Le dosage des lipoïdes, potassium et glucose dans le sang est peu étendu.

L'investigation du système nerveux végétatif a été insuffisamment effectuée. Quant au métabolisme de base il a, dans certains cas été normal, et, dans d'autres inférieur à la normale.

Zondek, nous l'avons déjà dit, a constaté une élimination exagérée de folliculine dans les premières urines du matin.

Pour notre part, nous avons essayé la réaction de Franck dans cette affection sans aucun résultat (comme non plus chez les femmes anormalement réglées). Nous avons fait aussi le dosage du glucose dans le sang chez quelques malades sans avoir rencontré aucune anomalie.

Dans le service gynécologique, on fait systématiquement depuis quelques temps le métabolisme basal et la radiographie de la selle turcique, espérant réunir quelques éléments à ce sujet.

DIAGNOSTIC

Faut-il exposer d'abord le diagnostic différentiel avec l'avortement incomplet, l'endométrite sous-muqueux et le cancer du corps de l'utérus, post abortum les polypes muqueux, les myomes car il est prudent de soupçonner une tumeur maligne de l'ovaire quand il s'agit de femme d'âge avancé.

Dans l'avortement incomplet du deuxième ou troisième mois, on peut penser à une conception. Chez les vierges, malgré qu'une gestation soit possible, nous y penserons moins.

Dans tous les cas, le curettage explorateur décidera le diagnostic.

Dans l'endométrite post-abortum, le curettage utérin nous éclairera aussi.

Le polype de la muqueuse du corps ou du col utérin sera facilement reconnaissable; si son pôle inférieur apparaît à l'orifice du col.

Le curettage fait avec minutie nous mettra sur la piste.

Les myomes sous-muqueux, quand ils dépassent le volume d'une noix, sont généralement appréciables au toucher; les plus petits seuls passent inaperçus. Si la malade est ménopausée, nous ne sortirons par curettage pas ou presque pas de muqueuse; dans le cas contraire, la muqueuse endométritique présentera le cadre typique du stade du cycle dans lequel elle se trouve.

Henkel trouva parmi les femmes ménopausées environ 10 p. 100 de carcinomes du corps, diagnostiqués seulement par le grattage.

Parmi les femmes d'âge avancé, on doit faire, sous anesthésie un minutieux examen gynécologique pour dépister une tumeur maligne de l'ovaire, toujours possible.

On voit que, seulement, l'excision de contrôle peut nous donner le diagnostic de certitude dans la métrophthie hémorragique, comme c'est, en plus, un moyen thérapeutique nous laissons sa description pour le traitement.

LE PRONOSTIC

La métrophthie hémorragique, dans sa forme jeune, se prolonge pendant des mois et des années malgré une thérapeutique appropriée.

La guérison spontanée se produit dans la moitié des cas, par destruction du follicule et atrophié de l'endomètre. Il y a de nombreuses probabilités de récidiye.

Roberto Mayer et Schröder ont trouvé des cas dans lesquels les glandes montraient des ramifications marquées, plus denses que d'habitude et que, contrairement à leur caractère habituel, elles ressortaient du reste de l'endomètre.

Dans ces cas, des nodules d'adénomes bénins apparaissent.

Les hémorragies, qui peuvent aboutir à la mort, sont rares.

Les ophtalmologistes connaissent des cas de perte de la vue produits par de grandes hémorragies utérines.

En résumé, en raison de tout ce qui a été dit, le pronostic est assez sombre et on ne doit pas se borner à attendre la guérison spontanée.

TRAITEMENT

En parlant du diagnostic, nous avons dit que le grattage utérin guérit dans un grand nombre de cas. Sa technique, c'est celle de tout grattage explorateur. Schröder a dit qu'après avoir fait le diagnostic exact de la position de l'utérus et de ses annexes, de préférence sous légère anesthésie, ou avec anesthésie locale par infiltration, on place un spéculum à valves larges — on nettoie le col avec un bouchon de coton, après l'avoir lavé au moment où on a préparé le vagin.

On dilate le canal cervical jusqu'au numéro 12 de la bougie de Hégar, opération qui ne donne lieu à aucune difficulté, puisque nous avons dit que le col se trouve très mou et un peu dilaté. Avec une curette bien tranchante, on gratte l'utérus en ayant soin de bien gratter toute la cavité, sans oublier le fond et les angles tubaires.

Souvent, on est surpris de la grande quantité de

muqueuse qu'on retire, ce qui nous fait penser à la présence d'un carcinome.

L'évacuation complète de la cavité utérine se vérifie et on sèche la cavité avec un porte-coton, sur lequel on a mis une solution à 10 p. 100 de teinture d'iode; on sèche l'excès d'iode de la même façon — on place une gaze intra-utérine qu'on peut enlever 2 ou 3 heures après. — Schröder conseille de mettre le matériel ainsi obtenu dans de l'alcool à 96 p. 100, bien qu'on puisse se servir d'alcool à brûler.

Comme traitement chirurgical de la métropathie hémorragique, on a fait la résection partielle des ovaires malades : ceci donna de bons résultats à Thaler, Haunes, Köhler, Henkel, Engl, Geist et Schröder.

Sur la malade, fiche n° 3963, la résection cunéiforme de chaque ovaire a produit une amélioration patente sur la menstruation qui persiste actuellement. Comme il n'y a seulement que six mois de cela, nous ne pouvons assurer de la guérison.

La résection cunéiforme du fond utérin, telle que la font Dührssen, Pfannenstiel, et autres, et l'ablation du fond de l'utérus, à la manière de Reich, ne peuvent pas être d'une grande efficacité parce qu'on extirpe seulement qu'une partie de l'endomètre.

L'hystérectomie vaginale, si l'on dispose d'un champ opératoire assez large, est une opération tout à fait simple et de résultat immédiat.

Dans le cas d'un vagin très étroit, ou bien s'il

existe des tumeurs inflammatoires des annexes ou des tumeurs kystiques, ou des myomes, on fera une hystérectomie après laparotomie.

Enfin, nous dirons que le grattage utérin répété autant de fois qu'il le faudra, est le traitement chirurgical le plus simple ayant l'avantage de pouvoir dépister à temps une tumeur maligne dans l'endomètre hyperplasié.

Zondek, dans le cas où il est possible par palpation de différencier l'ovaire avec son follicule augmenté, conseille de l'écraser par compression bimanuelle, et si c'est nécessaire d'employer une anesthésie à la reine à l'aide de chlorure d'Ethyle.

Neuf cas furent traités ainsi par lui, avec d'excellents résultats, et ceci après avoir essayé diverses thérapeutiques sans succès pour maîtriser la métorrhagie. Schröder ne se montre pas partisan de la méthode et bien plus, il la considère dangereuse.

Du reste, le système n'a rien de nouveau puisqu'il a été employé en médecine vétérinaire.

Comme traitement médical de la métropathie hémorragique, nous prescrivons les piqûres d'adrénaline en solution à 1 p. 100 injectées tous les trois ou quatre jours à la dose de 0,7 cc. à 0,8 cc., celles de pituglandol, tous les deux jours un centimètre cube, la calciothérapie, le sérum gélatiné, les stimulants généraux, comme l'arsenic, l'opothérapie à base de thyroïdine, d'extrait d'hypophyse, etc., etc..

L'application de caustiques dans la cavité utérine fut essayée comme thérapeutique de cette affec-

tion (formol à 40 p. 100) (chlorure de zinc est à 50 p. 100, chlorure de fer et acide azotique), cette médication est dangereuse et a été très peu employée. »

En résumé :

De cette étude, et après un bref exposé du cycle ovarien et endométritique, l'auteur fait ressortir que dans les métrorragies hémorragiques, le cycle s'arrête momentanément à sa première moitié. Ceci est dû à la persistance du follicule en maturation, ou à la maturité accélérée ou incomplète de plusieurs follicules, mais toujours en l'absence de corps jaune, déterminant ainsi dans l'endomètre qui lui est subordonné, la persistance du follicule pendant la période de prolifération.

Il met en relief l'absence de symptomatologie subjective, mais mentionne que l'on peut constater au toucher le follicule kystique et son éclatement pendant l'examen.

Quoi qu'il en soit, un examen général s'impose toujours pour dépister en l'absence de lésions locales tous les signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de métrorragie en rapport avec les anomalies de la crase sanguine. Il est rare cependant que, au cours de l'existence de ces femmes, le syndrome hémogénique ne se soit pas manifesté, soit par l'apparition d'hémorragie cutanées, muqueuses ou viscérales. Et c'est pourquoi dans le diagnostic différentiel que nous avons à faire avec les hémorragies de la vieillesse, cette notion s'impose tellement qu'il nous est difficile de l'oublier.

HEMORRAGIES DE LA VIEILLESSE

Les hémorragies séniles ne sont pas exceptionnelles et elles constituent chez les vieilles femmes le seul symptôme pathologique. Ici surtout, c'est tout de suite aux néoplasies malignes qu'il convient de songer. Mais il ne faut pas oublier que ces hémorragies peuvent être liées à des processus inflammatoires (Colpите sénile adhésive, processus ulsératif... etc.). Il nous faut mentionner aussi les blessures qui sont occasionnées par des lésions de grattage dans les cas de prurits. Ces hémorragies trouveront leur production dans la constatation des lésions citées. D'autre part, il convient d'ajouter les processus tuberculeux et rarement les varices, responsables de ces hémorragies. La principale source des hémorragies est l'utérus. Nous mentionnerons rapidement pour être complet les hémorragies utérines séniles consécutives à des tumeurs de l'utérus. En pratiquant une exploration intense, soigneuse, on se mettra à l'abri des erreurs de diagnostic. Nous n'oublierons pas de parler des hémorragies vésicales qui souvent, peuvent en imposer pour des hémorragies vaginales ou du col utérin. Pour les hémorragies coïncidant avec la présence de tumeurs ovariennes, il convient de s'en tenir aux règles de conduite valables pour les hémorragies utérines, c'est-à-dire après un toucher intra-utérin, faire le curettage et l'examen microscopique des tissus ramenés par la curette.

En résumé, si les hémorragies utérines hémogé-

niques sont plus fréquentes qu'on ne le croit surtout chez les jeunes filles et si leur diagnostic étiologique doit toujours hanté l'esprit du médecin et du gynécologue, dans le diagnostic différentiel des métrorragies, il ne faut pas cependant leur faire une place exagérée dans le chapitre des hémorragies cryptogénétiques. Il importe de songer aussi à l'existence possible des métrorragies ovarigènes qui occupent une place de plus en plus importante dans ces dernières années.

Pronostic

Le pronostic de l'affection est toujours l'idée dominante des malades. Il faut savoir que l'évolution de cette affection varie avec les sujets et surtout avec la forme du purpura. Quand ces métroragies sont intermittentes, peu abondantes, les accidents secondaires à ces pertes sanguines sont rares. Dans les formes sévères où les hémorragies ne sont plus limitées à la sphère utérine mais, au contraire, associées à d'autres accidents hémorragiques le pronostic est grave. Les anémies secondaires qu'elles entraînent sont difficilement réparables; d'autre part, plus le début de l'affection se fait dans les premières années et plus la forme semble sévère, surtout si d'autres accidents hémorragiques se manifestent. Enfin, il est des cas où les phénomènes hémorragiques s'associent comme l'a décrit P.-E. Weill, à des troubles endocriniens qui viennent assombrir le pronostic. En résumé, l'évolution de cette affection est d'autant moins sévère qu'elle est plus strictement isolée.

Traitement

Le traitement de ces hémorragies est souvent d'ordre purement médical. Ce doit être à la fois un traitement local et un traitement général qui est celui de l'hémogénie. Dans les cas graves seulement, on aura recours, comme on le verra par la suite, au traitement chirurgical qui se résume en la ligature de l'artère splénique et la splénectomie.

TRAITEMENT LOCAL

Repos dans le décubitus dorsal au moment des
Repos prolongé même après leur cessation complète.

On a préconisé les injections chaudes matin et soir pendant toute la durée de l'hémorragie.

On a parlé de tamponnement vagino-utérin.

TRAITEMENT GENERAL

Mais le plus souvent, c'est au traitement d'urgence qu'on aura recours pour supprimer les troubles de la coagulation et la tendance hémorragique. On pratique les injections sous-cutanées de sérums (sérum de cheval, serum sanguin frais,

sérum sérique de Dufour (anthéma). On a même utilisé les injections vaginales et les lavements de sérum et les travaux de Léon Bernard ont montré son effet actif par voie rectale, bien que cependant en injections sous-cutanées les résultats soient meilleurs.

Ces injections de sérum doivent être renouvelées sans cesse, mais s'ils constituent une ressource précieuse, leur durée d'action est limitée. Cependant, il faudra prendre soin de faire un examen minutieux de sa malade et de regarder souvent si on ne trouve pas de troubles fonctionnels divers des glandes endocrines; dans ce cas, on y associera les cures opothérapiques qui ont donné de si bons résultats à Léopold Levy (cures thyroïdiennes, ovariennes, surrénales).

On n'oubliera pas non plus toute la gamme des agents coagulants (chlorure de calcium, etc.).

A cela, on ajoute souvent à titre préventif une médication symptomatique telle que ferrugineux, arsenicaux, toniques, cure de Whipple (foie de veau) qui corrigent souvent l'anémie consécutive à ces spoliations sanguines.

Dans les cas plus graves, c'est la Radiothérapie, d'abord sur les ovaires et ensuite sur la rate qui doit céder le pas à cette médication symptomatique. Mais dans l'emploi de cet agent physique sur la rate, il faut prendre soin de vérifier après chaque séance la formule sanguine afin d'éviter la chute brusque des globules blancs, pour parer à la formation de véritables syndromes agranulocytaires (Fiessinger et Laure).

Il y a un moyen efficace et qui constitue une arme thérapeutique puissante pour arrêter brusquement une hémorragie abondante : c'est la transfusion sanguine. Indépendamment des résultats qu'elle donne en thérapeutique courante, elle est indiquée dans le temps qui précède la splénectomie. Comme le mentionne notre Maître, l'effet immédiat est une élévation du chiffre des réticulocytes surtout du chiffre des plaquettes, élévation qui dure deux à trois jours.

D'autre part, elle est le meilleur traitement du choc post-opératoire.

Si aucune de ces méthodes n'a permis l'amélioration d'une métrite hémogénique, on sera amené à envisager une intervention chirurgicale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Avant de recourir à l'ablation de la rate, il sera bon de discuter les avantages de la ligature de l'artère splénique : souvent, on observe une amélioration du syndrome clinique notable, le chiffre des plaquettes atteint la normale et s'y maintient pendant quelques mois. Cependant, la néoformation de vaisseaux compromet la guérison apparente et les incidents réapparaissent assez souvent. Ces malades, malgré tout, possèdent une certaine supériorité sur les splénectomisés, car ils conservent un parenchyme qui peut encore jouer un rôle physiologique important.

La splénectomie reste en définitive, dans les cas graves, l'opération de choix (observations d'Halban, Benhamou et Duboucher; Fressinger et Brodin, Abrami, Benhamou (Expl. fonc. de la rate).

Grâce à cette intervention, nombreuses sont les malades qui ont pu guérir définitivement (Paul-Emile Weil). Nous nous souviendrons donc que s'il est des formes où les hémorragies peu abondantes ressortissent à la radiothérapie et surtout à la transfusion, à côté de ces formes mineures des métrorragies, il en est d'autre inquiétante par leur abondance et leur répétition; c'est dans ces cas qu'il faudra intervenir par la splénectomie sans attendre l'apparition d'hémorragie secondaire; on aura la précaution de faire précéder l'intervention d'une transfusion et on choisira le moment le plus éloigné d'une période hémorragique.

Conclusions

1° Les métrorragies hémogéniques occupent une place de mieux en mieux connue et de plus en plus importante dans le chapitre des métrorragies.

2° Les signes cliniques peuvent déjà orienter le médecin vers la possibilité d'un tel diagnostic : l'association d'un syndrome purpurique, cutané, muqueux ou viscéral, à la métrorragie; la présence d'un signe du lacet fortement positif, l'absence de toutes lésions locales, le peu de gravité immédiate des accidents dans la plupart des cas, du moins au début et lorsqu'il n'y a pas les autres symptômes d'un grand purpura généralisé. Tous ces signes doivent faire penser au diagnostic d'hémogénie localisée.

3° Les signes hématologiques sont ceux du purpura hémorragique ; mais il importe de les interroger minutieusement tous, un à un. Chez certains malades, c'est la diminution du chiffre des plaquettes qui est le signe majeur, chez d'autres c'est l'irrtractilité du caillot; chez d'autres, c'est le temps de saignement; chez d'autres enfin, c'est le signe du lacet. Le signe du lacet ne nous paraît pas suffisant à lui seul, et nous pensons qu'il doit être associé à la diminution des plaquettes, aux anomalies du caillot ou du temps de saignement pour être valable.

4° Il ne faudrait pas faire cependant une place exagérée à l'hémogénie dans le chapitre des mé-

trorragies cryptogénétiques. Il importe, en particulier, de penser aussi aux métrorragies ovarigènes, dont l'importance va également grandissant dans ces dernières années.

5° Le pronostic varie avec la forme du purpura et nous paraît d'autant moins sévère qu'il est plus strictement isolé.

6° Le traitement doit suivre plusieurs étapes : étape radiothérapique sur l'ovaire, puis sur la rate. La ligature de la splénique et la splénectomie méritent d'être envisagées dans les cas plus sévères.

Observations

OBSERVATION N° 1

(DOCTEUR DUBOUCHER)

Mme Am... est vue pour la première fois au courant de l'été 1922 pour hémorragies utérines très intenses et purpura.

Depuis de nombreuses années, elle présentait des ecchymoses faciles et des crises abdominales qui ont fait porter à deux reprises et par deux chirurgiens différents, le diagnostic de crise subaiguë d'appendicite. La malade a refusé l'intervention. C'est depuis deux ans que les hémorragies utérines se sont montrées, très variables d'ailleurs. Elles deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus abondantes, si bien que l'état général a fini par être impressionné, puis gravement atteint.

Actuellement, la malade est particulièrement décolorée. L'œdème hémorragique et cachectique remonte jusqu'à la ceinture. Le pouls est rapide, très petit, la respiration est courte et précipitée. C'est à grand'peine que la malade a pu monter deux étages tout doucement, en coupant l'ascension de nombreuses pauses. Le moral est très mauvais et il ne peut en être autrement devant l'asthénie complète qui imprègne la malade, tout en laissant le psychisme absolument intact.

L'examen montre de nombreuses ecchymoses sur tout le corps. L'utérus saigne : il est un peu gros, mais non fibromateux. Par endroits, se voient quelques pétéchies et la recherche du signe du lăcet couvre le bras et l'avant-bras de petites ecchymoses.

La rate est très légèrement augmentée de volume, le foie est normal. L'examen somatique est absolument normal par ailleurs. Un premier examen du sang pratiqué par le Docteur Gruny montre, outre une anémie profonde, un allongement marqué du temps de saignement, un abaissement à 17.000 du nombre des plaquettes sanguines, et une irrétracilité totale du caillot.

Le diagnostic de purpura thrombocytopénique ou de thrombopénie de Frank était donc rétabli, et le premier traitement qui vint en discussion fut la splénectomie. Dès l'abord, ce traitement fut rejeté comme au-dessus de la résistance de la malade.

Il n'avait pas encore été, à notre connaissance tout au moins, question de ligature de l'artère splénique et l'idée ne nous en vint pas à l'esprit. Mais nous croyons que nous aurions renoncé à ce traitement aussi, tant était profond le délabrement organique.

L'idée que nous nous faisons de la thrombopénie d'après nos lectures du moment était celle d'une hypersplénie et la plus grande partie du processus pathologique semblait alors se passer dans la rate.

Comme on ne pouvait tenter la splénectomie chez la malade, nous résolûmes de nous adresser à la radiothérapie pénétrante et destructive de la rate en évitant soigneusement les doses faibles qui auraient pu avoir une action excitante. Les séances seraient courtes d'abord et raisonnablement espacées pour que le mal des rayons ne vint pas s'ajouter à l'état actuel de profonde dépression.

Le Docteur Zérafa voulut bien se charger de la conduite et de l'application du traitement. (Il exposera ailleurs la technique qu'il a suivie.) Quoiqu'il en soit, la transformation fut rapide et complète et, quelques semaines après le début du traitement, l'état général était totalement transformé, les couleurs étaient revenues, le nombre de globules rouges avait considérablement augmenté, mais le signe du lacet et l'allongement du temps de saignement n'avaient pas disparu et le nombre des plaquettes sanguines était resté à 18.000.

La maladie n'avait donc pas disparu, mais un état d'équilibre pratiquement suffisant avait été récupéré, puisque la malade avait pu reprendre une vie normale.

Pendant longtemps, la malade suivit son traitement. Elle le cessait puis le reprenait, dès que les crises viscérales se montraient, ou dès que les ecchymoses faciles ou les pétéchies reparaissaient, ou encore dès que le signe du lacet devenu très variable se montrait de nouveau. Et, ainsi, la malade vécut normalement pendant de nombreux

ses années jusqu'en 1930 (7 à 8 ans) sans être importunée vraiment par la maladie, mais sans que le chiffre des plaquettes sanguines ait dépassé 20.000. Vers le milieu de cette période, la malade fit une fausse-couche à la suite de laquelle elle fit une hémorragie moyenne par rétention placentaire, hémorragie qui céda au traitement habituel par le curettage.

Vers la fin de l'année 1930, le traitement radiothérapique étant interrompu depuis longtemps, reparaissent des ecchymoses faciles et géantes, de rares pétéchies spontanées et des gingivorragies. Le signe du lacet est de nouveau très intensément positif. Le nombre des plaquettes est à 16.000, le temps de saignement est très prolongé, et l'irrétractilité du caillot complète.

Le traitement radiothérapique régulier est repris. Mais l'irradiation de la rate provoque une profonde sensation de malaise et même des vomissements. La malade déclare ne plus pouvoir suivre un pareil traitement. D'ailleurs, le purpura et les hémorragies sous-cutanées ne s'améliorent pas, alors qu'aux toutes premières séances du traitement, l'amélioration avait été immédiate.

Avec le Docteur Zérafa, nous décidons d'irradier d'autres régions, notamment le foie, la moelle osseuse et les chaînes ganglionnaires principales, cherchant à atteindre ainsi tous les organes incriminés dans l'étiologie et la pathogénie de l'hémogénie, et qui, tous sont, soit remarqué en passant, de riches et parfois considérables amas de tissu réticulo-endothélial.

C'est à ce moment que la malade devint enceinte. Le problème de cette grossesse se présentait en pleine période de grande hémogénie. Son maintien et sa suppression furent discutés. Finalement, on décida de maintenir la grossesse de crainte d'une hémorragie très importante au cours de l'avortement. D'ici le moment de l'accouchement, on espérait rétablir l'équilibre chez la malade.

C'est ce qui arriva. Les séances de radiothérapie pénétrante sur le foie, les ganglions, la moelle osseuse furent très bien supportées. Une amélioration très complète se produisit, si bien qu'on laissa aller les choses.

A la fin du huitième mois, l'équilibre se rompt de nou-

veau et cela malgré le traitement radiothérapique. Des gingivorragies reparaissent et sont accompagnées d'épistaxis. Les ecchymoses faciles ou spontanées se montrant de nouveau. Le chiffre des plaquettes sanguines tombe à zéro, et on regrette fort de ne pas avoir provoqué l'accouchement pendant la bonne période qui vient de s'écouler.

N'ayant plus le choix, on intensifie le traitement radiothérapique en allongeant les séances et en les répétant beaucoup plus souvent.

L'équilibre est ainsi rétabli, peut-être un peu précaire d'abord, puis franchement plus solide ensuite. On attend l'accouchement, dont le Docteur Jahier a bien voulu se charger et il le prépare, en s'assurant plusieurs donneurs sanguins dont l'utilité peut brusquement éclater à n'importe quel moment du travail.

Le traitement radiothérapique est continué jusqu'aux premières douleurs. Elles s'accompagnent d'une hémorragie assez importante. Le transport à la maison de santé a lieu immédiatement. Là, M. Jahier note l'existence d'un placenta proevia partiel : il rompt la poche des eaux.

Dans la suite, l'accouchement se produit normalement et la mère ne perd pas plus de sang qu'une autre accouchée. L'enfant, une fille, n'est pas hémogénique quelques heures après sa naissance. (Docteur Grunz).

Les suites de couches sont normales. La malade rentre chez elle au douzième jour et reprend progressivement une vie normale, oubliant même son traitement radiothérapique.

Un mois après l'accouchement, brusquement se produit une grande hémorragie utérine qui saigne à blanc la malade et nécessite son transport à la clinique, un tamponnement vaginal et l'usage de hautes doses de sérum intraveineux (sérum de Normet).

Deux jours après, l'hémorragie ne s'arrêtant pas, on fait un curettage et un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Ce traitement est héroïque et cependant dans les débris ramenés par la curette, il n'y a aucun tissu placentaire (Docteur Montpellier.) Le Docteur Jahier était d'ailleurs formel à ce sujet : la délivrance, expulsée spontanément, était absolument complète.

Dès que la malade peut être transportée, et après détamponnement, on reprend la radiothérapie mais, cette fois-ci sur les ovaires. Deux jours après, le signe du lacet n'existait plus. L'hémorragie est jugulée pendant un mois et demi. Puis, malgré ce traitement, elle est reparue, ne nécessitant pas de traitement extraordinaire.

Notre malade en est là de son histoire qui, vraisemblablement, n'est pas encore terminée, et qui se terminera on ne sait trop comment, après avoir failli déjà finir bien prématurément il y a près de dix ans.

La malade est encadrée par deux spécifiques : sa mère a fait une médiastinite qui a obéi au traitement et l'un de ses fils a fait une double hydarthrose du genou qui, elle aussi, a obéi au traitement.

OBSERVATION N° II

(DOCTEUR DUBOUCHER et DOCTEUR MAURICE MUNERA.)

Madame G..., âgée de 21 ans, mariée, n'a jamais eu d'enfant. Elle est envoyée par son médecin traitant à la consultation du Docteur Duboucher avec l'histoire clinique suivante :

« Le début de la maladie remonte à 17 mois environ ; à cette époque, alors qu'elle était mariée depuis sept mois, un traitement à la cécacornine fut institué, à la suite d'une aménorrhée qui persistait depuis deux mois. Les règles réapparurent abondantes, prolongées et fréquentes. Depuis, les pertes sanguines mensuelles furent presque continues et entraînèrent, il y a cinq mois, un curetage utérin qui fut suivi d'une amélioration passagère des accidents hémorragiques. Mais, quinze jours après, les métrorragies réapparaissaient en augmentant progressivement d'intensité et de fréquence.

Pendant toute cette période, elle a été soumise, sans

aucun succès, à différentes thérapeutiques, par les nombreux confrères qu'elle a visités : crayons nitrium, adrénaline, gynocalcium, hémostyl, hépatrol, opothérapie T.O.S.H., etc. La malade a même remarqué qu'elle saignait davantage tous les jours où elle prenait de l'hépatrol ou du gynocalcium.

Au point de vue antécédents héréditaires et collatéraux, le père et la mère sont bien portants, ils n'ont jamais présenté de tendance aux hémorragies. Elle a un frère et sept sœurs, dont trois sont mariées. Toutes les sœurs sont bien réglées et aucune n'est affectée de syndrome hémorragipare.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève rien de particulier. Elle a été réglée à 14 ans, mais très irrégulièrement dès le début, la malade restant deux ou trois mois sans perdre. Il y a quatre ans, les règles disparurent pendant un an. Le mariage sembla apporter une sédation des troubles menstruels, mais sept mois après, à la suite d'une nouvelle aménorrhée de deux mois, les pertes sanguines réapparurent et elles n'ont pas encore cessé. »

En résumé, il s'agit d'une femme jeune, sans antécédents hémorragiques familiaux, qui présente après une première phase caractérisée par des troubles menstruels, des métrorragies abondantes, fréquentes et de longue durée.

Par ailleurs, la malade nous apprend qu'elle n'a jamais remarqué, quand elle se fait une écorchure, que la petite plaie soit le siège d'un écoulement sanguin prolongé. Enfin, une avulsion dentaire a pu être faite sans s'accompagner d'hémorragie excessive, alors qu'elle était en pleine période hémorragique.

Actuellement, les pertes sanguines existent toujours, sous forme de caillots presque quotidiens. Il n'y a pas d'autres manifestations hémorragiques.

A l'examen, la malade n'est pas aménisée, les différents organes sont normaux, et, en particulier au niveau de l'utérus, il n'y a rien à signaler.

Au point de vue sanguin, les globules rouges sont au

nombre de 3.700.000, les globules blancs au nombre de 4.540 et ils se répartissent de la façon suivante :

Polynucléaires neutrophiles	67 %
Polynucléaires basophiles	0
Eosinophiles	0
Grands mononucléaires	0
Moyens mononucléaires	0
Moyens mononucléaires	18
Lymphocytes	13
Formes de transition	0
Nétamyélocytes	2
Hémoglobine, 70 %; valeur globulaire 0, 94.	
Hématoblastes, 342.000 par millimètre cube.	

Le temps de saignement est égal à 4 minutes, le temps de coagulation égal à 8 minutes, la rétraction du caillot se fait normalement.

Enfin, le signe du lacet est positif.

On ordonne de la Sistomensine et de l'Androstine qui sont inopérants. On fait alors de la radiothérapie splénique (trois séances d'une demi-heure où on utilise chaque fois 450 R., sur filtre d'aluminium de 6 mm. d'épaisseur).

Les résultats obtenus sont très encourageants, mais c'est surtout un mois après, quand la malade revient pour suivre une deuxième série d'irradiations spléniques, que l'on constate les effets de la première application des Rayons X. Les hémorragies utérines ont progressivement diminué, l'amélioration est nette.

La malade est actuellement en traitement, deux séances de la deuxième série ont été faites, les hémorragies ont presque totalement disparu.

OBSERVATION N° III

(DOCTEUR DUBOUCHER)

Mlle T., âgée de 17 ans environ, consulte pour ménométrorragies.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève aucune affection hémorragipare. Elle-même a toujours été bien portante.

Le début de la maladie actuelle remonte à trois ans et demi environ, époque à laquelle apparurent les règles. La puberté, en effet, fut marquée par des troubles menstruels caractérisés par des menstruations irrégulières, tantôt absentes, tantôt, et le plus souvent, abondantes, intenses et de longue durée. Puis, progressivement, aux ménorragies ont succédé des métrorragies dont l'importance et la fréquence conduisent aujourd'hui la malade chez le médecin.

Actuellement, les pertes rouges sont presque continues, les caillots sont rares, mais la malade saigne une vingtaine de jours par mois.

A l'examen, on se trouve en présence d'une jeune fille bien portante, à l'état général splendide. Tous les organes sont normaux et l'examen gynécologique négatif. Toutefois, la région appendiculaire est légèrement sensible à la palpation profonde, et la malade nous apprend alors qu'elle a eu, à plusieurs reprises, des crises douloureuses localisées à la fosse iliaque droite, s'accompagnant d'un petit état subfébrile avec constipation et nausées.

Un traitement opothérapique ovarien est institué par voie sous-cutanée sans aucun résultat appréciable. Seule, l'ergotine diminue un peu les pertes.

Le Bordet-Wasserman est trouvé positif et un traitement anti-spécifique intense n'est pas davantage suivi de succès.

L'examen est alors poussé plus à fond et le sang donne les renseignements suivants : globules rouges, 5.600.000; globules blancs, 4.400, qui se répartissent de la façon suivante :

Polynucléaires neutrophiles.	68 %
Grands mononucléaires	1
Moyens mononucléaires	14
Lymphocytes	16
Formes de transition.	1

Les plaquettes sanguines sont au nombre de 19.400 ; le temps de saignement variable et allongé, le temps de coa-

gulation égal à 9 minutes, le caillot formé se rétracte très tardivement. Enfin, le signe du lacet est négatif.

Il n'y a pas de taches purpuriques spontanées; simplement quelques ecchymoses faciles, presque spontanées souvent.

Un an après, la malade est revue, les hémorragies utérines moins fréquentes ne sont pas aussi intenses. On donne des extraits mammaires.

Comme les pertes rouges persistent, le traitement aux Rayons X est proposé et accepté avec beaucoup de difficultés par crainte irraisonnée de « stérilité consécutive ». La malade ne reçoit que quatre séances de 20 à 30 minutes et n'en tire aucun bénéfice. Elle use de l'ergotine pour obtenir quelques rares périodes d'arrêt dans ses pertes ou pour les modérer un peu.

Elle a quitté le pays et nous avons appris récemment qu'elle a pu se marier.

OBSERVATION N° IV

(DOCTEUR DUBOUCHER)

C'est une femme mariée, Mme B..., âgée de 24 ans, qui consulte pour une fistule anale. Le début remonte à quinze mois environ. A cette époque, elle se fait opérer une première fois pour une fistule anale. L'intervention se fait sans accident, mais la malade fait une rectorragie importante dans les jours qui suivent l'intervention. Comme l'écoulement sanguin n'a aucune tendance à s'arrêter et surtout parce que l'état général devient mauvais, on décide une nouvelle intervention qui fait découvrir sous anesthésie générale, un petit vaisseau qui saigne, et qu'on ligature. Les pertes sanguines disparaissent et la malade peut reprendre son travail. Mais la fistule récidive et depuis un

mois environ, les rectorragies sont reparues, beaucoup moins importantes, moins fréquentes.

Actuellement, la malade présente depuis trois jours un suintement sanguin avec quelques pertes blanchâtres. L'examen local montre un orifice externe siégeant dans le quadrant supérieur droit, à deux centimètres de l'orifice anal.

L'examen somatique est négatif, mais la malade nous apprend qu'elle se fait des « bleus » très facilement, qu'ils sont fréquents et nombreux. Par ailleurs, elle saigne fréquemment du nez, mais elle n'a jamais remarqué à la suite d'une écorchure d'écoulement sanguin prolongé. Enfin réglée normalement au début, elle s'est aperçue que depuis un certain temps elle présentait, un mois sur deux au moins, des pertes sanguines plus fortes, et plus abondantes.

L'examen du sang montre : 3.880.000 globules rouges, 8.340 globules blancs, qui se répartissent de la façon suivante : 62 % polynucléaires neutrophiles, pas de basophiles, pas d'éosinophiles, pas de grands mononucléaires, 3 moyens mononucléaires, 6 lymphocytes, 1 métamyélocyte, mais pas de forme de transition. Les plaquettes sanguines sont au nombre de 296.000, le temps de coagulation est égal à 7 minutes, et la rétraction du caillot incomplète. Le temps de saignement, de 3' 40". Enfin, le signe du lacet est ébauché.

OBSERVATION N° V

(DOCTEUR DUBOUCHER)

Mme B... C..., libraire, âgée de 42 ans, mariée, n'a jamais eu de grossesse. Elle vient consulter parce que, depuis 15 mois environ, les règles, qui étaient régulières auparavant, sont avancées, très abondantes et très pro-

longées. Elle perd pendant six jours avec une telle intensité qu'elle est obligée de changer plusieurs bandes dans la nuit, sans qu'elle ait remarqué, dit-elle, que la station couchée ou la station verticale influe sur la quantité du sang perdu. Enfin, depuis huit jours, elle fait de l'insomnie, et depuis hier, elle souffre de céphalgie.

Dans ses antécédents, on relève deux otites guéries, avec névralgies résiduelles. De plus, la malade nous apprend qu'elle a présenté, il y a deux ans, une tendance très marquée aux ecchymoses faciles, spontanées ou provoquées. On note l'absence congénitale des deux médius à l'examen somatique qui, par ailleurs, est muet. Au point de vue nerveux, rien à signaler, quoique la malade accuse un engourdissement du bras droit et du membre inférieur du même côté.

L'appareil génital montre un ovaire droit un peu augmenté de volume, un utérus en antéflexion, qui présente sur le col des œufs de Naboth qu'on incise.

La réaction de Bordet-Wasserman est négative; il en est de même du Hecht, et du Jacobsthal.

Les plaquettes sanguines sont au nombre de 180.000 ; le temps de coagulation égal à 6 minutes, le caillot normal, le temps de saignement égal à 4 minutes.

OBSERVATION N° VI

(DOCTEUR DUBOUCHÉ)

Mlle M. S..., âgée de 25 ans, infirmière, consulte pour troubles menstruels, épistaxis et phénomènes subjectifs associés.

Le début remonte à 3 ans environ. A cette époque, apparaissent les premières hémorragies nasales, d'allure spontanée ou du moins sans cause apparente réelle. Ces épistaxis cessent pendant un certain temps pour reparaître il y a deux mois.

Les règles n'ont jamais été régulières, mais il semble à la malade que, depuis qu'elle saigne du nez, ses menstruations sont encore plus variables. Il lui arrive très fréquemment de perdre deux fois dans le mois, et elle a remarqué que ses règles, très abondantes et irrégulières, avaient une tendance à recommencer très facilement.

Dans ses antécédents directs ou indirects, on ne trouve aucun fait pathologique saillant.

Actuellement, la malade se plaint de vagues douleurs lombaires, de céphalées constantes et violentes, de vertiges, de frissons, parfois d'une sensation de lourdeur des membres inférieurs.

L'examen somatique ne montre rien.

L'examen du sang donne : 4.340.000 globules rouges, 9.000 globules blancs (polynutrophiles 65 p. 100, polybasophiles: 0, 1 éosinophile, 0 grand mononucléaire, 26 moyens mononucléaires, 5 lymphocytes, 3 métamyélocytes, sans forme de transition).

Plaquettes sanguines : 99.900.

Temps de saignement : 15 minutes; temps de coagulation : 8 minutes, le caillot étant faiblement rétractile.

Le signe du lacet est positif et donne quelques petites pétéchies assez nombreuses.

OBSERVATION N° VII

(DOCTEUR DUBOUCHER)

Femme âgée de 45 ans, présente des hémorragies utérines depuis deux ans environ, qui ont nécessité par leur abondance un tamponnement.

Au point de vue antécédents, on ne relève rien de particulier; la malade, toutefois, présente depuis longtemps des petits signes d'insuffisance hépatique ; actuel-

lement, il existe de l'hypercholestérolémie, mais on ne note pas d'ictère, ni de crise de coliques hépatiques.

Au point de vue génital, la malade a été réglée d'une façon régulière jusqu'à il y a deux ans environ, quoique les pertes sanguines mensuelles aient été souvent arythmiques en quantité et en durée.

Actuellement, les métrorragies ne sont pas très abondantes, mais l'écoulement sanguin est presque continu. D'intensité variable, ces pertes sanguines présentent des exacerbations qui durent deux ou trois jours pendant lesquelles des caillots sont rejetés.

L'examen de l'appareil génital est négatif, mais le signe du lacet très net.

On ordonne de la Sistomensine, à raison de 4 ampoules par jour, et la malade, revue un mois après, présente une diminution très marquée de tous ces accidents hémorragiques.

OBSERVATION N° VIII

(DOCTEUR DUBOUCHER)

Mme B. L..., institutrice, âgée de 40 ans, consulte pour métrorragies.

Le début de l'affection est difficile à préciser, les métrorragies se sont installées progressivement, après une période de troubles menstruels, pendant laquelle les règles survenant tous les mois présentaient des variations dans leur abondance, leur intensité et leur durée.

Il y a deux ans, ces méno-métrorragies ont nécessité un curettage utérin qui, pendant six mois, a été suivi d'une sédation des accidents hémorragiques. A cette époque, l'utérus était dur et augmenté de volume.

Il y a un an et demi, les pertes sanguines reprennent, mais elles cèdent à un traitement à base d'ergotine et

d'arrhémapectine. Enfin, il y a un mois, nouvelle rechute, on institue le même traitement (arrhémapectine, ergotine) et les accidents sont encore jugulés.

Dans les antécédents, on ne relève aucune affection ; l'examen général ne montre rien de particulier, et localement, les organes génitaux ne présentent rien d'anormal. Le signe du lacet, par contre, est légèrement positif.

OBSERVATION N° IX

(DOCTEUR DUBOUCHER)

Mlle T..., âgée de 35 ans environ, consulte pour des ecchymoses apparues spontanément au niveau des creux poplités.

La malade nous dit que c'est la deuxième fois qu'elle présente des accidents analogues. La première manifestation ecchymotique remonte à une date qu'elle ne peut préciser exactement, mais qu'on peut situer à 10 mois environ. A cette époque brusquement, sans cause apparente et sans phénomènes généraux ou locaux concomitants, des ecchymoses apparurent au niveau des chevilles, de la face dorsale des pieds et sur les mollets. La malade n'y attacha qu'une importance relative et ce n'est que leur réapparition localisée à un niveau différent, mais dans des conditions identiques, qui la pousse aujourd'hui à se faire examiner par un docteur.

Dans ses antécédents, on ne relève aucune affection pouvant être signalée ; par ailleurs, rien dans ses antécédents familiaux, au point de vue hémorragique.

L'examen somatique est muet, l'état général excellent. Les règles ont toujours été régulières.

Localement, des ecchymoses larges, uniques, occupent tout le creux poplité, aussi bien à droite qu'à gauche. Il n'y a aucune trace de traumatisme, la teinte de la suffu-

sion sanguine est d'un bleu violacé, sans phénomènes inflammatoires ou réactionnels périphériques. La palpation n'est pas douloureuse, et la pression profonde ne détermine aucune variation de la teinte.

Le reste du corps est exempt de manifestation analogue. Le signe du lacet est fortement positif.

OBSERVATION N° X

(L. PAYAN, de Marseille)

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille âgée de 18 ans, issue de père diabétique.

Le début des accidents remonte à l'âge de 5 ans (épistaxis et plaques purpuriques) qui se reproduisent jusqu'à la puberté où la malade voit s'installer des ménorragies prolongées (dix jours par mois). A 17 ans, accident hémorragique grave : inondation péritoneale, sans doute d'origine ovarienne, facilement et rapidement regressée.

A 18 ans, deux ménorragies graves se succèdent à un mois d'intervalle et finissent par entraîner la mort, avec le tableau de l'anémie hémorragique à marche rapide.

A l'examen : rate toujours hypertrophiée. Le test de Parisot et Richard décèle une légère hyperthyroïdie. Le test à l'adrénaline de Goetsch et le test de Loewi dénotent une réaction sympathico-tonique un peu vive.

Le sang :

Plaquettes sanguines : 110.000. Caillot irrétractile ou peu rétractile. Temps de coagulation normal ou subnormal. Temps de saignement : prolongé et surtout variable. Wassermann négatif. Le signe du lacet est fortement positif.

On n'a pu relever ni une infection, ni une intoxication, ni aucun accident de choc humoral (d'origine alimentaire

ou autre). Toutes les médications ont été employées : opothérapie hépatique (per os et en injection), hématoéthyroïdine ou thyroïdine, extraits mammaires et hypophysaires, qui n'ont pas donné de résultats certains.

Les injections de sang de la mère ont paru, au début, enrayer les accidents hémorragiques, mais sont devenus inefficaces à la fin ; mêmes résultats avec le sang d'une belle-sœur n'a rien donné. La dernière ménorragie s'arrêta par une injection intra-veineuse d'électrargol ayant déterminé un choc assez marqué. L'insuffisance des résultats thérapeutiques, dans son ensemble, n'a eu d'égal que la fréquence et la gravité des accidents.

La splénectomie n'a pas été conseillée, vu l'état précaire de la malade.

OBSERVATION N° XI

(ISCH WALL)

Jeune fille de 21 ans qui présente depuis l'âge de 7 ans), des accidents hémorragiques, ayant débuté par des épistaxis rebelles et abondantes. Depuis, et à intervalles plus ou moins espacés, elle présente des hémorragies cutanées, viscérales ou muqueuses. On relève, en particulier à la puberté, quand les menstruations s'installent, des règles durant plus d'un mois. Plus tard, une hématome péri-utérin ; deux crises d'appendicite qu'on ne traite pas chirurgicalement, et peut-être une suffusion sous-pleurale.

Dans ses antécédents, on ne relève pas de tare hémorragipare. Le grand-père était porteur d'un anévrisme aortique, la grand'mère du côté paternel est morte de tuberculose ; enfin, son père est obèse et souffre depuis vingt ans d'une affection hépatique ; sa mère est morte tuberculeuse.

A l'examen, la malade ne présente rien de particulier au niveau de ses viscères. Ses jambes sont œdématisées et gardent le godet d'empreinte. On trouve des ecchymoses aux cuisses. Le derme a un aspect légèrement myxoœdémateux, la queue du sourcil est un peu rare.

Au point de vue sanguin, le temps de saignement, très variable durant l'évolution, a dépassé une heure. Le temps de coagulation légèrement augmenté; le caillot irrétractile avec sédimentation des globules. Les hémato-blastes numérés une fois étaient de 80.000.

Tous les traitements ont été employés : hémostyl, adrénaline, ergotine, chlorure de calcium, sérum peptoné, sérum citaté, peptone en ingestion, extrait hépatique, autohémothérapie, radiothérapie splénique (huit séances), sans que les résultats obtenus aient été concluants. A deux reprises, on a pratiqué un curettage utérin, qui a donné chaque fois une sédation temporaire des hémorragies menstruelles. Seule, l'hétéro-hémothérapie faite avec du sang paternel a procuré une amélioration des symptômes cliniques qui, à l'heure actuelle, se poursuit.

OBSERVATION N° XII

(ISCH WALL)

Malade âgée de 33 ans, mariée, entre à l'hôpital pour hémorragies nasales, génitales, intestinales abondantes.

La malade saigne depuis l'âge de 11 ans. A la suite d'une angine traitée par un sérum (antidiphthérique sans doute) elle présente une épistaxis abondante, suivie bientôt de métrorragies qui durent trois mois. Les règles s'installent après, abondantes et de longue durée. Les gencives saignent au moindre contact. De 15 à 20 ans, période de calme relatif. A 20 ans, première grossesse normale, pas d'accidents, accouchement pénible, métror-

ragies post-partum qui persistent trois mois. L'allaitement apporte une amélioration, mais le sevrage est marqué par la reprise des accidents : épistaxis, règles longues et abondantes.

A 23 ans, nouvelle grossesse, qui reproduit la première grossesse. Pas d'accidents durant la gestation; suites de couche comme la première grossesse.

Des deux enfants, le premier a présenté à 2 ans une paralysie transitoire des membres inférieurs avec amaurose. Pas de syndrome hémorragique. Le second est mort à 27 mois, de méningite.

A 31 ans, nouvelle grossesse, qui ne change pas l'état hémorragipare aggravé depuis l'âge de 27 ans, mais qui s'accompagne d'accidents hémorragiques. Expulsion d'un enfant mort.

Les épistaxis, les métrorragies, les éruptions purpuriques apparaissent plus intenses et plus graves, elle entre à l'hôpital. Malade anémiée, ecchymoses et pétéchies sur les membres ; le foie est normal, la rate augmentée légèrement de volume. Le Wassermann négatif. Les réflexes normaux, le signe d'Argyll négatif. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le temps de saignement est alors de 24' — 21' et 23. Le temps de coagulation, 15, avec sédimentation légère et absence de rétraction du caillot. Les plaquettes sanguines au nombre de 50.000.

Dans ces antécédents, rien à signaler : son père est cardiaque et soigné par des saignées, il a de petites épistaxis. La mère est diabétique et bronchitique chronique.

De 1923 à 1925, la malade fera plusieurs stages à l'hôpital pour des accidents divers tels que : épistaxis, métrorragies, méloëna, etc..

La thérapeutique employée s'est cantonnée dans les transfusions sanguines répétées (malgré des réactions urticariennes très intenses), l'extrait thyroïdien, puis l'héματο-éthyrôidine, des injections mensuelles de sang. On a essayé la radiothérapie ovarienne et splénique. Après des périodes dramatiques avec état demi-comateux, la malade quitte l'hôpital en 1925 avec un bon état général.

OBSERVATION N° XIII

(SCHWENSEN)

Femme âgée de 23 ans, présentant des hémorragies multiples: cutanées, muqueuses (épistaxis, métrorragies) et viscérales, hémorragie intrapéritonéale, ayant entraîné une anémie rapide et très marquée.

Sahli : 28 p. 100; Plaquettes sanguines, environ 5.000.

La transfusion sanguine sauva la malade. L'hémoglobine et les plaquettes sanguines se relevèrent respectivement à 80 p. 100 et à 150.000.

OBSERVATION N° XIV

(E. SERGENT, H. DURAND, GRELLETY-BOSVIEL ET BENDA)

Jeune fille, 21 ans, entre à l'hôpital pour métrorragies abondantes le 6 novembre 1926.

Début en juin par gingivorragies provoquées ou spontanées, suivies bientôt de poussées de purpura. En octobre, épistaxis abondantes et crise gastro-intestinale avec selles sanglantes. Le 21 octobre, règles apparaissent anormalement longues et abondantes. Cette métrorragie dure avec des alternatives d'accalmies et de reprises jusqu'à son entrée à l'hôpital. En même temps, nouvelles poussées ecchymotiques.

Le 1^{er} novembre 1926 : globules rouges, 2.400.000 ; globules blancs, 10.000 ; signe du lacet négatif ; temps de coagulation, 10' ; mais rétraction lente et partielle du caillot.

Le 2 novembre 1926 : Epanchement de nature hémorragique aux bases.

Le 5 novembre 1926 : transfusion sang maternel. Amélioration.

Le 6 novembre 1926 : à son entrée à l'hôpital, anémie marquée, la métrorragie persiste, foie et rate normaux. Tachycardie. Tuméfaction notable du corps thyroïde, qu'accompagne un léger degré d'exophtalmie sans tremblement digital.

On pratique transfusion de sang maternel : G.R. 1.800.000 ; G. B., 10.000 ; Hb, 50 p. 100 ; P.S., 70.000 ; T. de S., 20' ; T. de C., 10' type plasmatique, rétractilité du caillot. Signe du lacet négatif. Nouvelle transfusion d'un hypertendu : encore réaction ; métrorragie persiste plus épistaxis.

On pratique ainsi six transfusions qui ne donnent aucun résultat. G. R. tombent à 1.000.000 ; les P.S. à 50.000. Métrorragie persiste, épistaxis fréquentes, la température s'élève, quotidienne. Ergotine et hypophyse, aucun effet.

Irradiation de la rate : 3 séances consécutives de 1.000 R. (1^{er} décembre).

Les symptômes paraissent s'amender, mais : G.R. : 980.000, G.B., 12.000 ; P. S., 50.000 ; Hb 45 p. 100. Nouvelles irradiations face postérieure, rate 1.000 R. ; hémorragies s'arrêtent, mais œdème membres inférieures et paroi abdominale.

Le 10 décembre 1926 : adrénaline, un milligramme par jour.

Le 12 décembre 1926 : les hémorragies n'ont pas reparu. G. R., 1.396.000, G. B., 6.300.

Le 13 janvier 1927, la malade a reçu 33 milligrammes d'adrénaline sous la peau sans incident. L'état général est bon.

Le 29 janvier 1927, G.R., 2.700.000 ; G.B., 8.000 ; P.S., 170.000 ; Hb, 80 p. 100. Il est intéressant de noter que la malade est entachée d'hérédité épécifique Mère à B. W. positif ; père avoué avoir contracté la syphilis.

OBSERVATION N° XV

(ISCH WALL)

Femme de 40 ans, mariée, atteinte de métrorragies abondantes, perd 20 à 27 jours par mois.

Antécédents : mère morte d'hémorragie après un accouchement ; elle avait des pertes menstruelles abondantes et saignait au moindre choc. Sa tante est morte aussi d'hémorragie. Elle-même a eu la chorée à 26 ans, la scarlatine compliquée d'ictère à 31 ans, accompagnée pendant toute son évolution (21 jours) de pertes utérines. Réglée à 11 ans, l'abondance de ses règles l'obligeait à cesser tout travail. Depuis son enfance, épistaxis fréquentes spontanées ou provoquées, ecchymoses, hématomes, gingivorragies légères après les brossages de dents. Il y a six ans, hémorragie utérine qui nécessite une injection de sérum. Il y a un an, elle se brûle et depuis elle perd 20 à 27 jours par mois. Elle a eu 7 enfants, 6 morts entre 12 et 20 mois de méningite. Il lui reste une fille de 17 ans qui a des règles régulières, mais qui durent 7 à 8 jours et sont très abondantes.

A l'examen, on ne relève pas d'ecchymoses, mais des capillosités ; un bon état général. Le cou est un peu élargi, les yeux assez gros, saillants et brillants, les mains sont agitées d'un tremblement léger et continu, ainsi que la tête. Le pouls bat à 100-110, Le temps de saignement : 12'. Temps de coagulation : 12'. Caillot bien rétractile émiettement notable, sérum plus jaune que normalement. Plaquettes sanguines : 75.000.

Un traitement à l'hémato-éthyoïdine est institué. Deux mois après, il n'y a plus d'épistaxis, plus d'ecchymoses, plus de gingivorragies. Les règles durent 5 jours. Temps de saignement, 4'. L'amélioration se maintient pendant quatre mois. On cesse l'hémato-éthyoïdine, les accidents reprennent, la malade entre à nouveau à l'hôpital. Les signes thyroïdiens sont plus marqués. On procède à 21 séances de radiothérapie sur le corps thyroïde, ce qui

amène ne nouvelle amélioration. L'hémato-éthyroïdine est continuée.

L'amélioration obtenue est transitoire et ne dure que 4 mois, puis réapparaissent les métrorragies, les épistaxis, les gingivorragies, le purpura. Le temps de saignement est alors de 4'. Le temps de coagulation : 10'; sans sédimentation, la rétraction est faible, pas d'émiettement, le sérum est d'aspect normal. La malade entre une autre fois à l'hôpital. Une nouvelle cure d'hémato-éthyroïdine amène une amélioration. Le temps de saignement est de 7'.

OBSERVATION N° XVI

(ISCH WALL)

Malade âgée de 41 ans, présente depuis 7 ans un purpura incessant. Régulée à 11 ans, et depuis normalement. Jamais d'hémorragies dans son enfance. Pas d'antécédents hépatiques. Il y a 5 ans, métrorragie abondante dont la cause était un fibrome. Curettage et radiothérapie. Tout rentre dans l'ordre et depuis 16 mois, la malade n'a plus de règles.

Le purpura a débuté, il y a 7 ans, et n'a présenté qu'un seul arrêt, il y a un an. Comme autres hémorragies : gingivorragies légères très espacées, jamais d'épistaxis.

Actuellement : état général bon, teint clair, pétéchies et ecchymoses, léger suintement sanglant des gencives, fluxions hémorroïdaires tous les mois avec petite hémorragie. Rien à l'examen somatique des viscères; sourcils rares et la queue manque totalement. Temps de saignement, 35' au moins. Temps de coagulation, 15' avec irrétractilité du caillot. W. : négatif.

Traitement. — Régime d'amaigrissement, hémato-éthyroïdine. On fait 20 cc. de sang sous-cutané. La malade va

mieux. Les pétéchies et les ecchymoses seules persistent. On continue le fer, l'acide phosphorique et l'hémato-éthéroïdine.

Temps de saignement : 5' 55" ; 9 mois après, temps de saignement : 14' 5". Plaquettes sanguines, moins de 10.000 après traitement à la peptone. 11 mois après : nouvelle poussée purpurique avec gingivorragie, on ajoute cachet d'ovaire. Un an après : état stationnaire. La peptone est supprimée, on continue l'hémato-éthéroïdine. 16 mois après : les gingivorragies ont disparu, mais prurit intense. Les ecchymoses persistent aux membres inférieurs.

OBSERVATION N° XVII

(ISCH WALL)

Femme de 40 ans, présente état hémorragique. Antécédents hémorragiques : un frère qui présente des épistaxis fréquentes et la mère qui avait des règles abondantes.

Elle-même a eu la rougeole à 3 ans; ses règles sont apparues à 17 ans, normales et régulières. A eu une grossesse normale avec des épistaxis qui ont disparu après l'accouchement. Il y a six ans, après bain de pieds, arrêt des règles, mais gingivorragies et épistaxis abondantes. Un mois après, phlébite fémorale droite. Puis période calme. Il y a trois ans, épistaxis survenant tous les deux ou trois mois au moment des règles, enfin il y a un an les premières ecchymoses sont apparues.

Examen. — Rein droit flottant très mobile; inégalité pupillaire, mydriase gauche, pupille irrégulière à droite. Argyll négatif. Temps de saignement : 13'5, 23', 16'. Temps de coagulation : 15' avec sédimentation légère, pas de rétraction du caillot. Plaquettes sanguines : 15.000. W et Hecht. Négatifs.

On pratique transfusion 250 cc. Hémato-éthéroïdine,

fer. Sort de l'hôpital améliorée, mais revient un mois après: épistaxis et gingivorragies. Nouvelles transfusions. L'état est sensiblement stationnaire, la malade est anémiée, on ne peut faire une troisième transfusion. 20 cc. de sang sous-cutané. Les hémorragies cessent. Des métrorragies abondantes la font rentrer à nouveau à l'hôpital; purpura et ecchymoses: transfusion sanguine et injection sous-cutanée de sang. Amélioration après un traitement prolongé. Il persiste toujours deux petites ecchymoses et les règles s'accompagnent d'épistaxis.

OBSERVATION N° XVIII

(ISCH WALL)

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 19 ans, dont la mère est morte à la suite d'une tumeur cérébrale (gomme syphilitique probable). Par ailleurs, sa sœur cadette, âgée de 14 ans, présente des épistaxis et des règles longues et abondantes avec un temps de saignement de 4' un temps de coagulation égal à 10' avec caillot à rétraction sub-normale. Le B. W est négatif.

Elle-même a eu très facilement des ecchymoses, des gingivorragies et présente actuellement des ménorragies.

A l'examen. — La malade mouche encore du sang et sur le corps se trouvent des pétéchies. D'autre part, la rate est percutable sur cinq travers de doigt.

Le temps de saignement est de 14' 5". Le temps de coagulation: 15' le caillot irrétratile avec sédimentation notable.

On institue un traitement à base d'hémato-éthéroïdine et 15 cc. de sang sous-cutané. Amélioration. Temps de saignement: 14' 30". Reprise des gingivorragies et des ménorragies. On ordonne extrait mammaire, on continue injection de sang sous-cutané, et on supprime l'hémato-

éthyroïdine. Amélioration nouvelle. Mais rechute, injection de sang. Une chute occasionne hématome du sein gauche suivi d'une éruption purpurique. Temps de saignement : 22'.

La malade revue sept mois après, a un temps de saignement de 35'.

OBSERVATION N° XIX

(ISCH WALL)

Femme âgée de 58 ans, consulte pour épistaxis et métrorragie.

Antécédents. — Son père avait une maladie de foie et saignait facilement du nez. Elle-même a eu des coliques hépatiques à l'âge de 45 ans, et plusieurs jaunisses. C'est à la suite de ces accidents que sont survenues les premières pertes utérines et les épistaxis. Depuis son enfance, elle a toujours présenté une tendance aux ecchymoses faciles. Réglée à 14 ans, ses règles ont été abondantes et douloureuses. Mariée, elle a eu 9 grossesses, 6 à terme : 4 enfants sont morts : 3 à la naissance, l'autre à 3 ans, de méningite. Elle a fait trois fausses couches et dont une avec hémorragie abondante.

A l'examen. — Foie, rate normaux, ecchymoses sur le corps, varices volumineuses et nombreuses capillarités. Pas de phlébite. Depuis 4 mois, n'est pas réglée, épistaxis au moment des règles gingivorragies. Temps de saignement : 12' 5". Temps de coagulation : 20'. Sédimentation importante, caillot non rétractile. Wassermann négatif, signe du lacet négatif. Régime d'amaigrissement et hémato-éthyroïdine avec injections sous-cutanées de sang. 4 jours après, métrorragie légère, temps de saignement : 8' 5", dix jours après : temps de saignement 9' 5". Amélioration pendant un mois, malgré une crise légère

de colique hépatique puis épistaxis abondantes et quelques taches de sang à la peau. Temps de saignement : 15'. Injections de peptone que la malade ne supporte pas (douloureuses), les épistaxis apparaissent tous les jours.

Un mois après, épistaxis abondante qui dure 24 heures, injection intraveineuse d'hypophyse. Le temps de saignement tombe à 6' 5". Nouvelle injection d'hypophyse. Le temps de saignement 14'. Le signe du lacet est positif.

OBSERVATION N° XX

(ISCH WALL)

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, qui présente des métrorragies répétées. Quoique l'on ne relève pas d'antécédents hémorragiques héréditaires directs (un oncle aurait deux enfants qui saignent facilement du nez, un autre oncle aurait eu des hémoptysies à 20 ans, sans qu'on puisse déceler de lésions pulmonaires), la malade a présenté à l'âge de 3 ans et demi, une hémorragie ayant duré 24 heures à la suite d'une plaie. A 7 ans, une rougeole entraîne encore une hémorragie, puis jusqu'à 12 ans, ecchymoses et épistaxis. Elle est réglée à 12 ans et demi, ses règles sont régulières, mais elle présente avant sa puberté une hémoptysie qui ne se reproduit plus. A 15 ans, métrorragies, une dent plombée saigne facilement. A l'examen, bon état général, pas de purpura, une seule ecchymose. Temps de saignement : 58'. Temps de coagulation : 4'. Rétraction normale. Plaquettes sanguines : 320.000. Wassermann : négatif. On la traite par du sérum antidiphtérique (20 cc.); amélioration légère, mais contracte un ictère catarrhal fébrile qui fatigue beaucoup la malade. Elle maigrit. Temps de saignement : 54'. Deux mois après cet épisode fébrile, stomatite aiguë avec gingivorragies (injection sous-cutanée de sang), puis hémato-

éthyroïdine et transfusion sanguine. L'amélioration se maintient, elle peut se marier. Un mois après, une autre métrorragie. On découvre un fibrome utérin. Radiothérapie qui fait régresser le fibrome et on pratique malgré le Wassermann négatif une médication arsenicale qui déclanche une éruption érythémateuse intense.

Le temps de saignement est supérieur à une heure. Le temps de coagulation égal à 4'. Quatre mois après, le temps de saignement est supérieur à 20'. Les plaquettes sanguines : 250.000. La peau marque toujours très facilement et le collet dentaire qui saignait, suinte encore. On ne trouve pas trace de fibrome ni à la palpation ni au toucher.

OBSERVATION N° XXI

(ISCH WALL)

Une femme âgée de 33 ans présente un état hémorragique chronique.

Antécédents. — Mère de santé délicate, ayant eu un cancer de l'estomac, une hémiplegie, des hémorragies à la ménopause, un goître kystique sans basedowisme. Deux de ses cousines ont un petit goître. Elle a deux frères qui ont présenté des épistaxis durant leur jeunesse.

Antécédents personnels. — Toute petite présentait déjà un léger goître. Pas d'hémorragie jusqu'à l'âge de 12 ans; elle est réglée depuis cette époque; son flux menstruel est abondant et de longue durée. A 21 ans, elle se marie, il survient alors une métrorragie qui persiste 6 mois, coupée de périodes de calme. A 22 ans, un traitement thyroïdien, des injections de sang amènent une amélioration. A cette époque apparaissent les premières pétéchies. A 23 ans, la thérapeutique à l'hémato-éthyroïdine donne un résultat immédiat; les règles deviennent normales pen-

dant 11 ans, période pendant laquelle l'hémato-éthéroïdine fut toujours administrée.

A l'examen, la maladie paraît pâle, elle est porteuse d'un kyste de la grosseur d'une noix. Elle est frileuse, a de la cyanose des extrémités, la queue du sourcil est rare.

Temps de saignement : 5', 3'5, 4'5. Temps de coagulation : 10'. Pas de sédimentation, bonne rétraction du caillot. Plaquettes sanguines : 60.000 Wassermann négatif.

Une transfusion de 220 cc. améliore la malade et la laisse moins asthénisée.

OBSERVATION N° XXII

(ISCH WALL)

Jeune fille de 16 ans consulte pour métrorragies et épistaxis. Son père a eu de petites épistaxis dans sa jeunesse, sa mère a aussi présenté des épistaxis légères jusqu'à 20 ans, et avait des ecchymoses facilement. Actuellement, elle saigne encore quelquefois du nez, son temps de saignement est de 12' son temps de coagulation de 20', avec aspect normal du caillot, enfin le B.W. est positif.

La malade au eu la rougeole compliquée de bronchite, un an plus tard, une broncho-pneumonie, à 10 ans une angine diphtérique. Régée à 13 ans, elle a vu ses règles disparaître pendant deux mois et s'installer des épistaxis. Depuis, les périodes menstruelles sont irrégulières et abondantes; à 15 ans, nouvelle aménorrhée de cinq mois où les épistaxis se montrent à la place des règles. A 16 ans, aménorrhée suivie de pertes sanguines abondantes qui durent 22 jours.

A l'examen : cœur, pouls, extra systoles. Pas de signes d'hérédosyphilis. Signes thyroïdiens (pilosité et troubles

circulatoires des extrémités, mains violettes). Wassermann négatif. Hecht positif. Temps de saignement: 12'. Temps de coagulation: 12'. Rétraction du caillot un peu diminuée.

Traitement: Hémato-éthéroïdine et extrait ovarien. Quitte l'hôpital.

Revue un mois après; temps de saignement: 4'; n'a pas eu de règles en février, en mars elles reviennent du 17 au 27 d'abondance moyenne. Légère épistaxis, pas d'ecchymoses, pas de gingivorragies mais mains froides.

OBSERVATION N° XXIII

(ISCH WALL)

Femme âgée de 29 ans, ayant eu la rougeole et la coqueluche dans son enfance, présentant actuellement des métrorragies. Dans ses antécédents, on relève: à 12 ans, rhumatisme articulaire aigu; à 22 ans, fièvre typhoïde. Son père est mort rhumatisant et diabétique. Au point de vue hémorragique, vers 10 ans, elle saignait du nez. Réglée à 12 ans et demi d'une façon régulière jusqu'à son mariage. Jamais de purpura, mais facilement de l'urticaire et des ecchymoses mêmes après des chocs légers. Un an après son mariage, retard de 8 jours et pertes importantes avec caillot, accompagnées de purpura sur les bras.

Une grossesse se poursuit sans accidents pénibles (du moins à la fin), accouchement normal, délivrance sans hémorragie. Elle n'a pu nourrir son bébé n'ayant eu qu'une lactation insignifiante. A la suite de ces événements, pendant trois ans, les règles sont plus abondantes, et durent 8 jours, mais ne s'accompagnent pas de purpura. La santé est bonne.

La mort de son père supprime pendant trois mois les

règles, qui réapparaissent et se prolongent trois semaines. Depuis, elles durent toujours trois semaines. En même temps, un purpura survient qui persiste avec des recrudescentes et des sédations. Des épistaxis abondantes se montrent depuis trois mois environ.

Actuellement : femme d'aspect sain, mais assez pâle, grande névropathique, sympathique. A l'examen somatique, rien de particulier. Sang : très peu d'hématoblastes. Temps de saignement : 14'. Temps de coagulation : 9' ; rétraction.

Jeune fille âgée de 14 ans, atteinte de ménorragies. Sa mère présentait des ecchymoses faciles et des gingivorragies. Elle a quatre sœurs, sa sœur jumelle saigne souvent du nez. Elle-même a eu la rougeole et la varicelle ; elle a été réglée à 13 ans, d'abord régulièrement, puis anormalement. Elle perd pendant trois jours abondamment, puis les métrorragies diminuent et persistent trois semaines. Un traitement à base de chlorure de calcium a ramené la durée des règles à huit jours. Elle n'a jamais eu de purpura.

A l'examen, le teint est peu coloré, mais les muqueuses sont rouges ; il n'y a pas de signes d'hérédosyphilis, pas de signes vasculaires. Temps de saignement : 6'. Temps de coagulation : 10'. Rétraction du caillot faible B.W. négatif.

Traitement : injections sous-cutanées de sang ; hémato-éthéroïdine ; ovaire. Amélioration.

OBSERVATION N° XXIV

(ISCH WALL)

C'est une femme mariée âgée de 26 ans, qui présente des règles abondantes et prolongées. Sa mère a eu plusieurs ictères. Elle-même à 11 ans a eu des épistaxis. A

13 ans, elle est réglée de façon régulière, mais à 15 ans, après une aménorrhée, elle voit s'installer des règles moins régulières. De 17 à 26 ans, âge où elle se marie, les règles ont l'allure suivante: pendant 8 jours, elles sont normales, puis 7 à 8 jours après, elle a de nouvelles pertes sanguines plus légères il est vrai, mais qui durent encore 5 à 6 jours.

A l'examen : il existe quelques signes de condensation du sommet droit. La bacilloscopie est négative. Au point de vue génital : col petit, dur, regarde en avant, corps renversé en arrière. Le temps de saignement : 7', 6', 8'5. Temps de coagulation : 10'5, rétraction imparfaite. Plaquettes sanguines : 150.000 B.W. négatif.

Traitement fer, cacodylate extraits mammaire et hypophysaire. Amélioration. La malade quitte l'hôpital et prend alors : hémato-éthyroïdine, stychnine, acide phosphorique.

Elle est encore suivie dix mois. L'amélioration se poursuit lentement.

OBSERVATION N° XXV

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans qui présente des ménorragies.

La mère, d'ailleurs, saigne facilement des gencives. Elle-même a eu à 9 ans la scarlatine. A 11 ans, on la soigne pour de la chlorose. Réglée à 15 ans, elle a toujours présenté du retard et ses règles étaient abondantes. Le moindre coup, par ailleurs, provoquait des ecchymoses. Mariée à 19 ans, elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausse-couche.

L'affectation actuelle remonte à deux mois. Les règles abondantes et de longue durée se sont installées progressivement. Le temps de saignement : 7', 8'. Le temps de coagulation : 10'; caillot un peu rétractile. Epreuve du lacet : négative.

L'hémato-éthyroïdine fait cesser les accidents. Le temps de saignement : 4' 5. Signe du lacet : négatif. Les règles se régularisent. On donne du cacodylate en plus. Amélioration pendant un mois, mais l'ingestion de fougère mâle provoque une métrorragie.

A l'examen, la malade présentait une légère exophtalmie. Le toucher vaginal ne révéla rien de particulier.

OBSERVATION N° XXVI

Jeune fille âgée de 18 ans, sans antécédents hémorragiques. Toutefois, à 16 ans et demi, elle fait un ictère qui suspend pendant deux mois les règles apparues depuis l'âge de 13 ans; quand elles reprennent, elles sont irrégulières et abondantes. Leur durée et leur intensité nécessitent un premier curettage utérin, l'hémostyl et l'anthéma n'ayant pas agi. Les accidents cessent pendant cinq mois, mais ils réapparaissent. On fait de la rétro-pituitrine. Nouvel arrêt de deux mois, puis à nouveau hémorragie. C'est à ce moment qu'on la voit. A l'examen somatique, rien de particulier. Le temps de saignement : 6'. Le temps de coagulation : 10'. Comme les pertes sanguines existent toujours, on fait un deuxième curettage qui fait tout cesser. La malade, revue par la suite, est en excellent état.

OBSERVATION N° XXVII

(MERKLEN et WOLF)

Observation d'une jeune fille de 19 ans, présentant des métrorragies abondantes. Temps de saignement : 11'.

Temps de coagulation : 6'. Caillot moyennement rétractile. Plaquettes sanguines : 120.000.

On pratique deux séances de radiothérapie : 300 R. sur la cuisse et la fesse. Les métrorragies cessent. L'examen hématologique est alors : temps de saignement : 4'. Temps de coagulation : 5' 20". Caillot rétractile. Plaquettes sanguines : 402.000.

La guérison clinique et sanguine est obtenue par deux irradiations.

OBSERVATION N° XXVIII

(MERKLEN et WOLF)

Femme âgée de 37 ans, fort anémiée. 2.190.000 hématies, 12 pour 100 d'hémoglobine, présente des règles très profuses.

Au point de vue hématologique, le temps de saignement varie entre 22 et 16'. On irradie à trois reprises la rate avec une dose de 300 R. qui atténue les métrorragies et ramène le temps de saignement à 6'. Les métrorragies reprennent quelques jours plus tard, le sang offre des signes de régénération, le temps de saignement est de 10' 30". Le taux de l'hémoglobine passe à 31 p. 100, puis à 55 p. 100. Deux mois après son entrée, le temps de saignement est égal à 19', on irradie à nouveau la rate, trois séances de 300 R. les hémorragies persistent, on fait du coagulène (400 cc.) qui arrête les règles ; les menstruations depuis, ne se sont pas manifestées, malgré un temps de saignement compris entre 20 et 25'.

Remarque. — Les irradiations n'ont agi sur les hémorragies que lors de la première série d'application. La seconde série n'a rien produit. Par contre, le coagulène s'est à ce moment montré efficace.

Hématologiquement peu d'effets. Après les premières

irradiations, le temps de saignement tombe à 6', mais il remonte bientôt, et présente ultérieurement des variations si marquées, qu'il est impossible de rapporter sans réserves aux irradiations son amélioration première. D'ailleurs, le coagulène n'a pas agi mieux sur le temps de saignement.

Il n'y a donc eu de parallélisme entre les effets cliniques et biologiques.

OBSERVATION N° XXIX

(RAVINA)

C'est l'histoire d'une jeune fille âgée de 16 ans, qui, depuis l'âge de 11 ans, fait des hémorragies multiples : gingivales, nasales, utérines.

Actuellement, les règles sont abondantes et durent de 10 à 12 jours. Enfin, depuis plusieurs mois, elle présente des poussées purpuriques répétées, dont l'importance l'amène à consulter. Le temps de saignement est de 42'. On irradie la rate, les épistaxis cessent, mais les gingivorragies et les règles ne sont pas influencées. Le temps de saignement n'est plus que de 22'. Le temps de coagulation : 6'. Les plaquettes sanguines : 20.000.

On continue l'irradiation de la rate. L'amélioration s'accroît et la malade revue cinq mois après présente des règles moins abondantes et n'a plus d'hémorragies spontanées.

OBSERVATION N° XXX

(F. VAN GOIDSENHOVEN)

Il s'agissait d'une femme non mariée, âgée de 41 ans, qui

présentait une thrombopénie essentielle chronique typique à caractère nettement héréditaire.

Les hémorragies étaient à prédominance utérine. L'examen hématologique donnait le 28 septembre 1924 : globules rouges : 2.840.000; globules blancs : 5.700. Plaquettes sanguines : 22.000. Temps de coagulation : 10'. Irrétractilité du caillot, temps de saignement : 14' 1/2. Le signe du lacet était positif.

Le 30 septembre 1924 : ligature de l'artère splénique. Les hémorragies s'arrêtent presque immédiatement. Le 2 octobre 1924, plaquettes sanguines : 57.000 et les tests homogéniques sont beaucoup améliorés. Il y eut encore dans la suite quelques petites manifestations hémorragiques très atténuées. Ce n'est que neuf mois plus tard que le nombre des globulins arrive à 221.000.

La malade a été revue 4 ans après la ligature. Son état général est bon et plus jamais elle n'a eu d'hémorragies (cutanées ou viscérales) spontanées. Les menstruations sont normales comme durée et comme quantité. Plaquettes sanguines : 120.000. Temps de coagulation : 6'; caillot se rétracé bien. Temps de saignement : 2' 1/2. Le signe du lacet est négatif.

OBSERVATION N° XXXI

(F. VAN GOIDSENHOVEN)

Il s'agit d'une jeune fille âgée de 17 ans, qui se présente à la polyclinique pour ménorragies et taches purpuriques.

Le début de l'affection remonte à 3 ans, époque à laquelle sont apparues des ménorragies. En 1927, des pétéchies et des gingivorragies s'installent. Le médecin traitant fait un curettage utérin qui arrête les ménorragies alors que les gingivorragies persistent. Deux mois plus tard, une extraction dentaire provoque une hémorragie buccale qui dure deux jours.

Les ménorragies ont repris en août 1927 et les taches purpuriques sont réapparues. Dans ses antécédents héréditaires, la mère et la grand'mère présentaient facilement des ecchymoses.

A son entrée : un peu anémiée, mais état général paraît bon. Corps thyroïde augmenté de volume. Le pouls est à 100. Le foie et la rate ne sont pas palpables.

Test hémogénique. — Temps de coagulation : 12" ; caillot irrétractile. Temps de saignement, supérieur à une demi-heure. Signe du lacet positif. Plaquettes sanguines : 15.000.

Les hémorragies et les gingivorragies s'accroissent, on pratique une transfusion de sang (175 cc.); le 28 septembre 1927, ligature de l'artère splénique ; on transfuse 325 cc. de sang 6 heures après l'intervention. Le 29 septembre 1927, l'hémorragie utérine a cessé complètement et les plaquettes sanguines sont à 184.000. Une pneumonie post-opératoire se déclare, dure un mois, et se complique d'un épanchement pleural à droite, non hémorragique. Le 8 juin 1928 : le nombre des plaquettes sanguines est de 456.000. Le 7 septembre 1928 : la patiente va très bien, ne tousse plus ; il n'y a plus d'hémorragies ni muqueuses ni cutanées. Les époques menstruelles sont normales. La matité splénique est notablement réduite. Temps de coagulation : 12' ; rétraction légère. Temps de saignement : 1' 1/2 ; signe du lacet négatif. Le 10 octobre 1928 : état général excellent, aucune manifestation hémorragique.

OBSERVATION N° XXXII

Femme âgée de 35 ans, dont le père est mort de bronchite chronique. Un frère est mort de tuberculose pulmonaire. Une sœur de cancer du sein, et une autre sœur présente fréquemment des ecchymoses. Elle-même, mariée,

a un enfant très bien portant, et n'aurait présenté qu'une double pneumonie à l'âge de 8 ans.

L'affectation actuelle remonte à 7 mois : ménorragies, ecchymoses et taches purpuriques. De plus, depuis cette époque, épistaxis lors des menstruations qui sont anormalement longues.

Le 11 janvier 1928, la malade entre à l'hôpital pour ménorragie et légère gingivorragie.

Examen. — Aspect anémié des muqueuses. Taches purpuriques et ecchymoses. Foie, rate normaux. Plaquettes sanguines : 12.000. Temps de coagulation : normal. Caillot : rétractilité latérale. Temps de saignement : 40'. Signe du lacet négatif. Epreuve de Koch positive.

Le 19 janvier 1928, ligature de l'artère splénique. Le 23 janvier 1928 : les hémorragies utérines ont quasi-complètement cessé depuis le jour de l'intervention. Le 24, il y a 215.000 plaquettes sanguines. Le 1^{er} février 1928, légère épistaxis, les plaquettes sont au nombre de 9.000. Le 24 février 1928 : malade quitte l'hôpital améliorée.

Temps de coagulation : 7'; caillot irrétractile. Temps de saignement : 22'; signe du lacet, négatif. La malade revue le 4 septembre 1928 a un état général excellent ; elle n'a plus eu d'hémorragies spontanées. Les menstruations durent trois, quatre jours et sont normales. Il n'y a plus de purpura, parfois encore ecchymoses aux membres inférieurs. La matité splénique ne peut être mise en évidence. Les tests hémogéniques sont normaux. Coagulation normale. Rétractilité du caillot parfaite. Temps de saignement : 2' 1/2. Signe du lacet négatif. Les plaquettes sanguines sont au nombre de 160.000 par mm³.

OBSERVATION N° XXXIII

Jeune fille âgée de 23 ans, née de parents consanguins bien portants, elle a 5 sœurs et 3 frères bien portants;

2 frères et sœurs sont morts en bas âge. Une sœur souffre de la même affection.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 7 ans, et coïncide avec l'ablation d'un chicot dentaire ; depuis, gingivorragies et épistaxis. Les menstruations sont apparues vers 14 ans, d'abord normales elles sont profuses depuis quatre ans. En même temps : ecchymoses et taches purpuriques. Le 25 juin 1928, la patiente entre à l'hôpital : muqueuses très anémiées, gingivorragie légère. Pas de purpura. Foie légèrement augmenté de volume. Rate déborde le rebord costal de 3 cm. Consistance assez ferme. Plaquettes sanguines : 122.000 ; on remarque de nombreuses formes géantes. Temps de coagulation : 14', rétractibilité parfaite. Temps de saignement : 23' ; signe du lacet, positif. Le 30 juin 1928 : malade quitte l'hôpital après traitement médical, mais revient en septembre 1928 avec règles profuses, gingivorragies légères mais continues ; pas de purpura. Les plaquettes sanguines sont au nombre de 164.000. Le 19 septembre 1928 : persistance des hémorragies, malade faible, transfusion sanguine de 250 cc. Le 20 septembre 1928 : ligature de l'artère splénique (l'artère est coupée entre deux ligatures assez près de la ligne médiane).

Le 26 septembre 1928 ; métrorragies reprennent. Temps de saignement : 20'. Plaquettes sanguines : 350.000. Le 2 octobre 1928 : métrorragies cessent, mais reprennent, comme il a un léger degré d'endométrite, on pratique un curettage utérin qui s'accompagne d'une perte sanguine négligeable. Le 17 octobre 1928 : gingivorragie légère. Le 3 novembre 1928 : menstruations reparaissent. Le nombre des plaquettes sanguines : 257.000. Signe du lacet, positif. Temps de saignement : 19'. Le 6 novembre 1928 : règles ont cessé. Etat général bon. Le volume de la rate a diminué. Quitte l'hôpital. Le 5 décembre 1928 : plus d'hémorragie, rate n'est plus palpable, matité normale. Temps de saignement : 7' à l'oreille droite, 15' à l'oreille gauche. Signe du lacet négatif. Plaquettes sanguines : 252.000.

OBSERVATION N° XXXIV

(BOURDE et ZUCARELLI)

Jeune femme de 22 ans, à hérédité hémorragique manifeste, 2 sœurs mortes d'hémorragies multiples; elle-même a eu, depuis l'âge de 4 ans, des hémorragies à l'occasion de traumatismes minimes ou mêmes spontanément, et plus tard des métrorragies. Pourtant, une amygdalectomie et une appendicectomie ont été supportées sans complications hémorragiques. Par contre, une avulsion dentaire a déclenché une hémorragie qui a duré quatre semaines et une hématémèse a amené la malade à un état d'anémie avec coma de cinq jours.

L'examen du sang montre : 204.000 plaquettes sanguines; un temps de coagulation de 20' et un temps de saignement de 6'. Le B.W. est positif. Il paraît s'agir de syphilis acquise. Le caillot ne montre ni coagulation plasmatique, ni sédimentation, ni dissolution secondaire. Il n'y a pas d'anémie. Le signe du lacet est négatif, mais le corps est parsemé d'ecchymoses récentes ou anciennes. Toutes les thérapeutiques médicales ont échoué, le traitement antisypilitique, cyanure de mercure intraveineux, entraîne des hémorragies graves; le chlorure de calcium, l'hémostyl, l'opothérapie glandulaire, la radiothérapie sont inopérants. On n'a fait qu'une seule transfusion de sang qui a entraîné une rémission des accidents pendant un mois.

On pratique la splénectomie, les suites opératoires sont mouvementées (arythmie, congestion pulmonaire), mais sans complication hémorragique.

L'opération date de 9 mois. La malade a eu encore quelques ecchymoses, mais plus aucune hémorragie. Plusieurs examens de sang faits après la splénectomie montrent une augmentation relativement modérée des globulins et une leucocytose forte et peu durable pendant les jours qui suivent l'opération. Au trente-cinquième jour, les plaquettes sanguines sont au nombre de 310.000.

L'examen histologique de la rate montra une réaction hyperplasique et congestive : multiplication des glomérus.

les de Malpighi, prolifération des éléments du réticulum, des sinus sanguins avec présence de plasmods multinucléés et d'assez nombreux éosinophiles tuculaires. Il y avait une périsplénite assez marquée.

Suites (in-Thèse Jouglard).

En 1927 : accouchement d'un bébé qui mourra à 13 mois de diphtérie.

En 1929 : les métrorragies reprennent sans interruption. Evacuation de gros caillots. Elle entre à la Conception où, durant trois mois, on pratique sans résultat des transfusions répétées. Malgré tout, elle devient enceinte et accouche à 7 mois environ, d'un enfant mort. Elle continue à perdre du sang et, en mars 1930, elle est hospitalisée dans le service du Docteur Fiolle.

Temps de saignement : 8', caillot irrtractile. Signe du lacet positif, plaquettes sanguines, 175.000 B.W. positif.

On institue un traitement radiothérapique sur la région splénique, et on administre de l'extrait hépatique. La malade est actuellement en traitement.

OBSERVATION N° XXXV

(G. HALBAN)

Jeune fille de 17 ans, présentant de graves métrorragies ayant entraîné une anesthésie marquée, nécessitant le repos permanent au lit. Tous les signes d'une anémie profonde existaient; de plus, des épistaxis apparaissaient de temps à autre; enfin, le moindre traumatisme produisait des ecchymoses et les injections sous-cutanées étaient suivies d'hémorragies.

A l'examen, rien de particulier, sinon que l'utérus et le reste de l'appareil génital montraient un certain degré d'infantilisme. L'examen hématologique donnait : hémoglobine au Sahli : 25 à 30 p. 100. Globules rouges : 2.600.000 à

3.000. Plaquettes sanguines : 30.000. Toutes les thérapeutiques ont été employées sans succès. On essaya même l'action des rayons X sur la rate. On se décida à l'extirpation de la rate qui, examinée une fois extirpée, ne présentait pas de grosses altérations. Le succès fut complet, trois jours après l'opération, elle eut une période de règles normales, et pendant les six mois où elle fut suivie, les périodes survinrent régulièrement et eurent une durée et une abondance normales.

OBSERVATION N° XXXVI

(EHRENBERG, 1920. VOGEL, 1923)

Jeune fille âgée de 19 ans, souffre depuis quatre ans de purpura, d'épistaxis et de métrorragies. Le chiffre des plaquettes est infime, le temps de saignement variable de 13' à 2 heures et même davantage, le temps de coagulation entre 4' et 10' ; sans rétraction du caillôt, le signe du lacet est fortement positif.

La splénectomie est acceptée, elle amène la disparition complète et immédiate de la tendance hémorragipare. Les plaquettes sanguines montent à 684.7000, cinq jours après l'intervention, alors que le temps de saignement n'était que 1' 30"; le temps de coagulation, 2' et 19', le signe du lacet est négatif. La guérison se maintenait quatre ans et demi après l'intervention.

OBSERVATION N° XXXVII

(ISCH WALL)

Mlle R. C..., 21 ans, entre dans le service de M. Emile

Weil le 28 février 1922, pour des métrorragies répétées.

Antécédents héréditaires. Son père est bien portant, il n'a jamais eu d'hémorragie ni d'affection hépatique. On ne lui trouve ni tuberculose ni syphilis.

Sa mère est aussi parfaitement bien portante. Peut-être a-t-elle eu autrefois des coliques néphrétiques. Ses règles sont abondantes, elle n'a eu qu'une grossesse et elle ne présente aucun antécédent hépatique ni hémorragique.

Dans la famille maternelle, le grand-père de la malade est mort d'hémorragie à la suite d'un accident (il est mort en vomissant du sang). Un oncle a eu deux enfants sujets aux saignements du nez; et un autre oncle a eu à 20 ans des hémoptysies, sans qu'on lui ait trouvé de lésions pulmonaires; actuellement, il a cinquante ans et n'a plus jamais saigné.

Dans la famille paternelle, on ne trouve aucun fait à signaler.

Antécédents personnels. — A 3 ans et demi, à la suite d'une chute, elle se fait une blessure légère au front, blessure qui saigne abondamment pendant vingt-quatre heures.

A 7 ans, au cours d'une rougeole, elle fait une hémorragie nasale grave.

Jusqu'à 12 ans, elle a de fréquentes épistaxis, et sa peau présente des ecchymoses à la suite du moindre trauma.

En 1913 (12 ans), elle présente avant sa puberté deux hémoptysies, une en février, une en avril. Les premières règles apparaissent le 1^{er} juin et depuis elle n'a plus jamais eu d'hémoptysie. Elle est normalement réglée, mais abondamment.

En 1916 (15 ans), elle a une métrorragie sérieuse, qui se renouvelle en avril et novembre 1919, et en juillet 1921. Ces métrorragies surviennent sept à huit jours après la fin des règles et durent quatre jours en moyenne.

Le 12 février 1922, une hémorragie très abondante apparaît avec le début des règles et persiste durant deux jours, les règles durent encore huit jours.

Depuis 1916, date des premières métrorragies, elle n'a plus jamais eu d'épistaxis. Au niveau d'une dent, plombée en 1921, une gingivorragie se produit fréquemment dans les jours qui précèdent les règles.

Elle a toujours des ecchymoses fréquentes. « Sa peau marque facilement », dit-elle.

Examen actuel du 28 février 1922. On est en présence d'une personne peu anémiée, fatiguée seulement après les hémorragies et se remontant rapidement après celles-ci. Elle n'est pas amaigrie, elle a bon état général. On note à son entrée une seule ecchymose à l'avant-bras gauche. Il n'y a pas de purpura, et n'en a d'ailleurs jamais présenté.

Poumons, cœur normaux. T. A. 12-7 1/2.

Foie normal, rate normale. Pas de signes d'ordre endocrinien. Pas de troubles digestifs. Réflexes normaux.

Temps de saignement : 58 minutes.

Temps de coagulation : 4 minutes. Rétraction normale, léger émiettement. Sérum plus jaune que normalement.

G. R. : 4.400.000 ; G. B. : 6.900.

Hématoblastes : 320.000 ; B.W., négatif

Traitement : 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique le 3 mars

Le 6 mars, T. S., une heure dix minutes ; G. R. : 4.200.000. Hématoblastes : 330.000.

Le 14 mars, les règles surviennent peu abondantes et durent trois jours. Injection de rétropituitrine.

Le 17 mars, T. S., une heure.

Apparition d'un ictère catarrhal précédé d'un état gastro-intestinal, et de courbatures généralisées. La température monte en échelons en cinq jours à 40 degrés, puis redescend en lysis régulier en sept jours à la normale.

A la fin d'avril, la malade entre en convalescence. Elle a perdu en un mois 12 kilogrammes. Poids le 21 mars, 64 kg. 800, le 24 avril, 52 kg. 700.

Le 30 mai, T.S. : 54 minutes.

Le 18 juillet, stomatite aiguë, accompagnée de fortes gingivorragies. On pratique des injections sous-cutanées de sang pour lutter contre l'hémorragie gingivale qui est importante. L'amélioration apparaît après la troisième injection, et les gingivorragies disparaissent.

Le 18 août, poids 56 kg. 900. Transfusion de 200 centimètres cubes, la malade est mise au traitement par l'hémato-éthyroïdien.

Le 8 septembre, poids 57 kg. 700.

Le 22 septembre, G.R. : 4.300.000; G. B. : 7.600. Hématoblastes, 130.000; T. S., 18 minutes.

Depuis le mois de juillet, l'état hémorragique s'est atténué, il n'y a pas eu de métrorragies depuis celles de février.

Le 26 septembre, avant la transfusion: G. R.: 4.600.000; G.B., 7.000 ; H., 70.

Après transfusion de 200 centimètres cubes. G. R. : 5.200.000 ; G. B, 10.000 ; H. 75 ; T. S. : 16 minutes.

Le 18 octobre, G. R. : 5.000.000 ; G. B. : 10.500 ; H. 75.

Le 15 novembre, poids 58 kg. 600. T. S. : 44 minutes ; G. R. 4.900.000, G.B. 9.000. H., 80. Hématoblastes, 220.000.

La malade a toujours la même tendance aux ecchymoses, elle a des gingivorragies pendant les périodes menstruelles. Les règles sont nettement moins longues et moins abondantes depuis le mois de juin.

Le 28 avril 1923, elle se marie.

Le 15 mai suivant, les règles apparaissent.

Le 20 mai suivant, les règles n'étaient pas terminées, une hémorragie effroyable, qui entraîne un état d'anémie aiguë; appelé auprès de la malade le 24 mai, nous la trouvons exsangue. Une injection sous-cutanée de sang est pratiquée, l'hémorragie diminue mais le suintement persiste jusqu'au 27 mai.

A la palpation de l'abdomen, on trouve une tumeur utérine du volume d'un petit melon, qui n'existait pas lors du passage de la malade à l'hôpital. Il s'agit d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

En juillet, elle subit un traitement radiothérapique, 2 séances par semaine durant trois semaines. Le fibrome régresse. Le Bordet Wassermann refait à cette époque est toujours négatif. On tente néanmoins à l'hôpital de Villejuif un traitement arsenical qu'on doit suspendre par l'apparition d'une éruption érythémateuse.

Le T. S. à cette époque est de plus d'une heure.

T. C. est de quatre minutes.

Les dernières règles sont survenues en septembre 1923.

Depuis, elle a eu un suintement sanguin en août, juillet, octobre 1924 et mars 1925.

En novembre 1925, T.S. est plus grand que 20 minutes. Hématoblastes, 250.000. La peau marque toujours facilement et le même collet dentaire saigne toujours facilement. On ne trouve plus trace de fibrome à la palpation et au toucher.

OBSERVATION N° XXXVIII

(ISCH WALL)

Mme B..., 26 ans, entre dans le service de M. Emile Weil, le 3 avril 1922, parce qu'elle a des règles abondantes et prolongées.

Antécédents héréditaires. Son père n'a jamais été malade.

Sa mère n'a jamais eu d'hémorragies, mais elle aurait eu plusieurs ictères, non douloureux, sans avoir jamais eu de crise de coliques hépatiques. Elle n'a pas fait de fausses-couches.

La malade a deux frères bien portants, et n'a jamais entendu parler chez ses ascendants et collatéraux d'accidents hémorragiques.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans, régulièrement tous les mois, les pertes durent huit jours, et sont très abondantes les quatre premiers. Elles ne sont pas douloureuses.

À 16 ans, en 1911, à la suite d'un « chaud et froid », les règles du mois de mai sont arrêtées brusquement à leur début. En juin, les règles reparaissent normales, mais de juillet à octobre elle perd d'une façon continue, sauf deux ou trois jours par mois, du sang pur mêlé de caillots.

De novembre 1911 à février 1912, les pertes sont plus abondantes. A ce moment, elle consulte un médecin qui

lui ordonne le repos et des cachets de quinine. Les pertes, diminuent les règles tendent à durer une huitaine de jours, mais souvent elle est réglée deux fois par mois.

De 17 à 26 ans, âge où elle se marie, elle a toujours été réglée de la façon suivante : les règles normales durent huit jours durant lesquels elle perd très abondamment du sang et des caillots. Ces règles sont douloureuses les premiers jours. Après huit ou dix jours d'arrêt, la malade perd à nouveau mais moins abondamment durant cinq ou six jours. Après un intervalle de dix à douze jours, les grandes règles reviennent.

Depuis dix mois qu'elle est mariée, les pertes ont encore augmenté.

Autres hémorragies. Depuis l'âge de 11 ans, elle a fréquemment de toutes petites épistaxis sans rapport avec les périodes menstruelles. Elle n'a jamais eu d'autres hémorragies, jamais en particulier de gingivorragie, et ne saigne pas de façon spéciale lorsqu'elle se coupe.

Elle n'a pas d'ecchymoses de façon courante, mais cependant elle se souvient qu'à deux reprises, à l'occasion de chocs très légers elle a eu deux vastes ecchymoses.

Elle a noté encore qu'à certain moment en dehors des règles elle a eu des urines très rouges.

Actuellement, depuis le début de l'année, elle a perdu vingt jours consécutifs en février, et quatorze jours en mars.

Depuis le 31 mars, c'est-à-dire depuis trois jours seulement, les pertes se sont arrêtées.

A l'examen, la malade ne semble pas anémique, elle est maigre et pour une taille de 1 m. 61 en pèse que 43 kilos.

Appareil respiratoire : quelques signes de condensation du sommet droit, sans bruit surajouté. B. K. négatif.

Appareil circulatoire : cœur normal T. A. 12, 5-7,5.

On note quelques varicosités et capillosités sur les cuisses.

Le foie et la rate sont normaux.

Urines : à aucun moment de son séjour, on ne note d'hématurie. Ni albumine, ni sucre. Réaction de Hay négative. Pas d'urobiline.

Système nerveux : rien à signaler.

Système endocrinien : pas de signes d'hyperthyroïdisme, cependant, le corps thyroïde est un peu gros, saillant, pas de tachycardie, pas de tremblement.

Appareil génital : le col est dur, petit et regarde en avant. Le corps de l'utérus n'est pas gros, mais est renversé en arrière. Les culs-de-sac sont libres.

Examen de sang :

T. S. : 7 minutes, 6 minutes, 8 minutes 5".

T.C. : 6 minutes 5. Pas de sédimentation, rétraction très importante, le caillot est plus petit que normalement. Sérum plus jaune que normalement .

G. R. : 4.200.000 ; G. B. : 15.600. Hémogl. 80.

Hématoblastes : 150.000.

Wassermann négatif.

Traitement : Fer Cocodylate. Extraits mammaire et hypophysaire.

Evolution : Du 8 au 12 avril, règles d'abondance moyenne.

T.S., le 10 avril : 6', 4'.

Le 16 avril, légère épistaxis.

Le 17, réapparition des règles qui durent jusqu'au 26.

T.S., le 19 : 3 minutes, 3 minutes 5, 4 minutes 5.

Le 28 avril, la malade quitte le service.

Traitement : hémato-éthyroïdine, trychnine, acide phosphorique.

Le 21 mai, la malade est revue, elle a eu ses règles qui ont duré cinq jours, et ont été moyennement abondantes.

Elle a maigri de 400 grammes depuis son départ.

10 juin. — Poids, 4 kg. 900. Temps de saignement : 4 minutes, 4 minutes 5.

8 juillet. — Poids 46 kg. 500, vient d'avoir ses règles qui ont duré quatre jours.

19 octobre. — A son retour de la campagne, pèse 50 kilogr. 500.

Elle a un bon état général. Les règles des mois d'août et de septembre ont été normales (4 jours).

Temps de saignement : 7 minutes.

G.R. : 5.000.000; G.B. : 9.200; H. 90.

Polys 62, Moños 19, Lymphos 8, Myélocytes 3, basos 3, formes de transition 5.

17 novembre. — Poids 51 kg. 900. Les règles d'octobre ont duré quatorze jours, mais les pertes quotidiennes étaient peu abondantes. Pendant ces règles, elle a eu deux épistaxis, de la narine gauche avec congestion de l'hémiface de ce côté.

Temps de saignement : 11 minutes 5.

1^{er} décembre. — Poids 51 kilos. L'état général est mon bon. La malade ne tousse pas, mais elle est fébrile le soir.

Elle se plaint surtout de pertes abondantes tachant le linge en vert. Les règles de novembre ont débuté à leur date normale et ont duré huit jours, elles ont été peu abondantes, mais très douloureuses. Pendant cette période menstruelle, elle a eu de nombreuses pétéchies sur les avant-bras.

Auscultation des poumons, mêmes signes qu'en avril, pas de bruit surajouté au sommet droit condensé.

1^{er} février 1923. — Poids 52 kilos. L'état général est meilleur. Les règles de janvier ont duré cinq jours et ont été d'abondance moyenne, puis la malade a été grippée et a dû s'aliter, pendant cette infection intercurrentent les règles ont réapparu durant cinq jours.

La malade continue à prendre régulièrement pendant vingt jours par mois de l'hémato-éthyroïdine.

OBSERVATION N° XXXIX

(ISCH WALL)

Mme M..., 29 ans, ent^{re} dans le service de M. P. Emile Weil le 14 juin 1920, pour ménorragies.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Son père a 59 ans et est bien portant. Sa mère est morte à 45 ans à la suite d'un « chaud et froid ». Elle saignait facilement des gencives.

Ses deux sœurs sont réglées abondamment, mais sont par ailleurs bien portantes. Son frère a toujours eu une bonne santé.

Antécédents personnels. — A 9 ans, elle a eu une scarlatine bénigne; à 11 ans, elle est soignée pour chlorose.

Réglée à 15 ans, ses règles sont abondantes et durent huit jours, elles sont parfois au début accompagnées de maux. Elles retardent fréquemment de cinq à dix jours.

Mariée à 19 ans, elle n'a jamais eu ni enfant, ni fausse-couche.

Elle a toujours saigné très facilement des gencives, chaque fois qu'elle se brosse, mais elle n'a jamais eu d'épistaxis. Le moindre coup, depuis son enfance, provoque une ecchymose.

Histoire de la maladie. — Le début des troubles dont se plaint la malade remonte au mois d'avril. Depuis cette époque, les règles reviennent deux fois par mois et durent chaque fois huit jours, très abondantes; elles augmentent progressivement pendant les trois premiers jours puis diminuent. Ces ménorragies s'accompagnent d'une diminution de l'état général d'asthénie.

Depuis le 27 mai, date d'apparition normale de ses règles, la malade n'a cessé d'avoir des pertes abondantes surtout pendant les cinq premiers jours. Le 8 juin, elle se garnit encore trois fois par jour.

8 juin, T.S.: 7 minutes 5. T.S. : 10 minutes, caillot un peu moins rétractile que normalement, émiettement important sérum jaune.

Epreuve du lacet positive.

9 juin, début du traitement à l'hémato-éthéroïdine.

11 juin, les hémorragies utérines s'arrêtent.

14 juin, pertes abondantes mais passagères. La malade entre à l'hôpital.

A l'examen, les différents appareils et organes sont normaux.

Le corps thyroïde est un peu gros, on note une légère exophtalmie.

La malade a toujours été très frileuse, elle a fréquemment des bouffées de chaleur. La peau est sèche, se fendillant aisément, les sourcils sont clairsemés. Les extrémités sont froides; les avant-bras, les cuisses, les jambes sont violacées et marbrées.

Pouls: 72. T.A.: 12-10.

T.S. : 4 minutes 5. Signe du lacet négatif.

On ordonne à la malade de continuer l'hémato-éthyröidine et on prescrit des injections de cacodylate.

22 juin, T.S., 3 minutes. T.C., 13 1/2. Il n'y a pas eu d'hémorragie depuis le 14. L'asthénie est toujours marquée.

26 juin, apparition des règles attendues à cette date, mais qui, d'ordinaire, retardent de quatre ou cinq jours.

28 juin, T.S. au cours des règles, 3 min. 5.

1^{er} juillet, arrêt des règles. On supprime l'hémato-éthyröidine.

3 juillet, extrait de fougère mâle pour un tænia qui semble être chassé en totalité. Mais une nouvelle métrorragie survient qui persiste jusqu'au 5.

OBSERVATION N° XL

(ISCH WALL)

M^{lle} B..., âgée de 18 ans, entre dans le service de M. P.-Emile Weil pour des métrorragies continuelles, le 16 décembre 1921.

Antécédents héréditaires et familiaux. — On ne trouve aucun trouble sanguin chez ses parents et chez son frère. Un oncle, pourtant, saignait fréquemment du nez.

Antécédents personnels. — Elle-même n'a présenté au-

cune tendance hémorragique, aucun purpura, aucune facilité d'ecchymoses jusqu'à 17 ans, jusqu'en avril 1920. Elle a été réglée en 1916 à 13 ans, régulièrement mais abondamment, huit jours en moyenne.

En novembre 1919, un ictère léger survient, qui dure une quinzaine de jours. Il s'est accompagné d'une légère élévation thermique, il n'y a pas eu de décoloration complète des matières, enfin aucune hémorragie ne s'est produite. A la suite de cet ictère pendant deux mois, les règles sont absentes.

En janvier, février et mars 1920, les règles réapparaissent, irrégulières peu abondantes, avec persistance, entre les périodes, d'un suintement léger sanguin.

En avril 1920, pendant tous le mois, la malade perd abondamment du sang et des caillots. Elle s'anémie.

Le 1^{er} mai, on pose à Tarnier des laminaires, et l'hémorragie s'arrête. Pas de règles durant mai et juin.

Le 13 juillet, réapparition des règles.

Le 20 juillet, hémorragie très importante qui, malgré hémostyl et anthéma, se prolonge jusqu'en octobre.

Le 13 octobre, elle subit un curettage qui ne ramène rien de particulier. A la suite de cette intervention, elle reste deux mois durant sans règles.

De janvier à mai 1921, la malade présente des menstruations normales.

De mai à octobre, les pertes menstruelles sont abondantes et prolongées, elles durent en moyenne vingt jours.

En octobre, à la suite d'un traitement par injections de rétro-péutitrine, une légère amélioration survient, la malade n'a perdu que pendant dix jours.

En novembre et décembre, elle perd continuellement.

A son entrée le 16 décembre, on est en présence d'une personne pâle, mais non amaigrie, elle est bien constituée.

A l'examen des téguments, on note deux petites ecchymoses aux jambes. Elle-même dit ne se faire que très rarement des bleus et seulement après des chocs assez violents. On ne trouve pas d'éruption pétéchiiale.

Les gencives sont saines, et n'ont jamais saigné.

Foie, rate normaux.

Appareils cordio-vasculaire et nerveux normaux.

Examen génital et toucher, rien d'anormal.

Aucun signe de dysthyroïde, aucun stigmate d'hérédospécificité.

Sang : T. S., 6 minutes.

T. C. : 10 minutes, caillot moins rétractile que normalement, avec télescopage secondaire. Sérojum jauné.

Evolution : la malade perd quotidiennement. Le 12 février 1922, elle passe dans un service de chirurgie où elle subit un nouveau curettage. Les pertes cessent alors pendant sept jours pour reprendre à nouveau, mais moins abondantes jusqu'au 5 mars.

Du 9 août au 6 septembre, pertes quotidiennes mais minimales dans la période menstruelle du 25 au 28 août, elles deviennent plus abondantes.

En octobre, la malade est revue, elle a un excellent état général.

Depuis longtemps, les métrorragies répétées avaient attiré l'attention des observateurs sur la possibilité d'une cause diathésique. Alors qu'aujourd'hui encore, on voit des Médecins et des Chirugiens s'acharner à découvrir une cause locale, malgré l'absence de signes physiques, et poser des diagnostics tels que « métrite des vierges » ou « sclérose utérine », malgré l'absence même de tout produit anormal ramené par le curettage, d'autres Cliniciens, dès 1890, montraient nettement le caractère dyscrasique et idiopathique de certaines métrorragies Dupuy dans sa thèse (1892, Des métrorragies essentielles et idiopathiques), Castan (1898, Les métrorragies des jeunes filles), Ruth (Métrorragies chez une vierge hémophile) en apportent de belles observations et De Bovis (*Semaine médicale*, 6 septembre 1905, donne une analyse clinique très justement observée de ces cas sous l'appellation d'hémophilies frustes ou locales.

Nous ajoutons à ces observations d'hémogénie utérine un cas d'hématocèle survenu chez une femme hémogénique dont la tare sanguine était des plus nettes. Nous ne voudrions pas conclure que l'hématocèle rétro-utérine ne

survivienne que chez des dyscrasiques, mais nous croyons que le facteur sanguin intervient là aussi pour augmenter dans de grandes proportions la perte hémorragique.

OBSERVATION N° XXXXI

(ISCH WALL)

Mme B., 53 ans, est suivie par M. P. Emile Weil depuis l'âge de 39 ans (1907).

Antécédents héréditaires et familiaux. — Son père est mort à 76 ans. Sa mère est morte à 33 ans, à la suite d'une fausse couche et de pertes abondantes consécutives. Une sœur de la malade est morte en nourrice, un frère bien portant a été tué à la guerre. On ne retrouve ni antécédents hépatiques chez les grands parents paternels et maternels.

Antécédents personnels. — Dès son enfance, elle se faisait facilement des bleus. Réglée à 13 ans, les règles sont abondantes et prolongées dix à douze jours en moyenne. A 15 ans, elle a une première épistaxis grave, et depuis les saignements de nez se reproduisent fréquemment avec un caractère d'abondance marqué. Mariée à 25 ans, elle fait deux fausses couches (à 6 mois et demi et à 3 mois), toutes deux très graves, accompagnées d'hémorragies multiples et de purpura. Son mari meurt à 42 ans de néphrite.

Elle se remarie avec un homme bien portant, et en 1907, elle fait une grossesse extra-utérine qui, à deux mois, s'accompagne de pertes abondantes, de purpura et d'anémie intenses, puis la fièvre apparaît et Beurnier, dans le service duquel elle entre, trouve une hématoécèle rétro-utérine. Il pratique l'hystérectomie (Injection préventive de sérum antidiphthérique) qui est bien supportée sans hémorragies (mai 1907), en août, G.R. 1.580.000, G.B. :

12.700; H. 28; coagulation en treize minutes, pas de rétraction du caillot.

Peu de temps après, elle présente un cancroïde de l'aile du nez traité par les rayons X.

De 1907 à 1909, elle présente des épistaxis matinales, peu abondantes, mais fréquentes, et se répétant quelquefois dix jours de suite. Elle saigne surtout des gencives qui sont boursoufflées à cause d'une dentition en très mauvais état.

Enfin apparaissent fréquemment des placards de purpura à la peau.

En 1909, elle se fait soigner les dents, et à chaque extraction une hémorragie abondante se déclare qui ne s'arrête que difficilement. A ce moment, une ostéomyélite du maxillaire inférieur apparaît. Le sang examiné à cette époque se coagule en dix minutes, mais le caillot ne présente pas de trace de rétraction.

En 1910, la fistule et le maxillaire inférieur sont curetés, l'opération est suivie d'une hémorragie assez abondante, mais qui ne se répète pas. Malgré l'intervention, la fistule persiste.

Durant les années suivantes, les épistaxis matinales petites sont presque quotidiennes. Les gingivorragies sont plus rares que les saignements de nez et surviennent la nuit, et après le brossage des dents. Les ecchymoses apparaissent toujours avec la plus grande facilité aux jambes et aux poignets surtout. En dehors de ces incidents, l'état général est excellent.

En 1917, la fistule maxillaire se ferme après élimination d'un petit séquestre.

En 1919, la malade fait une chute dans un escalier, elle fait alors un énorme hématome facial qui met plus de trois mois à se résorber.

Une coupure à l'avant-bras gauche saigne énormément et l'hémorragie se reproduit pendant dix jours à chaque pansement.

En 1921, à l'occasion d'un choc sur le dos de la main droite, elle présente un gros hématome diffus de la main et de l'avant-bras.

Actuellement (novembre 1921), on note sur les tégu-

ments de la malade des ecchymoses de petites dimensions (pièce de 2 francs) plus nombreuses, siégeant au membre supérieur droit et aux genoux. En outre, quelques pétéchies disséminées sur le tronc, les membres supérieurs, et réunies en placards sur le dos et les jambes.

On remarque encore quelques éléments sur les muqueuses jugales, du plancher de la bouche, et de la voûte du palais.

Cœur : deuxième bruit clangoreux. T.A. 19-13.

Poumons normaux.

Foie, rate non hypertrophiés.

Urines : ni sucre, ni albumine. Traces d'urobiline.

Système nerveux : légère inégalité pupillaire, pas d'Argill, réflexes vifs.

Sang Wassermann ++.

22 novembre. — T. S., 13 minutes, 9 minutes, 9 minutes.

T.C. : 9 minutes, caillot irrétractible.

G. R. : 4.800.000; G. B. : 10.000; hémato blasts : 10.000.

22 novembre. — A jeun : G.R., 4.690.000 ; G. M., 7.900; T.S. 18 minutes 30"

Repas : trois blancs d'œuf.

Une demi-heure après : G.R., 3.810.000; G.B., 8.100. T.S., 24 minutes 30".

Une heure et demie après : G.R., 4.700.000 ; G.B., 8.000; T.S., 5 minutes.

29 novembre. — Sans aucun repas d'épreuve à jeun le matin.

9 h. 30 : T.S. 8 minutes. 10 h. : T.S. : 26 minutes.

11 h. 25 : T.S., 25 minutes

Repas : 14 h 30 : T.S., 22 minutes 30".

17 h. 30: T.S., 3 minutes 30" à l'oreille gauche, 12 minutes à l'oreille droite (pris simultanément).

30 novembre. — 9 h. : T.S., 31 minutes ; 11 h. 15 : T.S. : 70 minutes.

31 novembre. — A jeun : G.R. : 4.050.000; G.B. : 4.400.

Repas de 100 grammes de fromage de tête

1 h. 15 après : G. R., 3.660.000; G.B., 5.700.

3 janvier 1922. — T.S., 19 minutes.

6 janvier — T.S., 11 minutes 5 à jeun, 65 minutes
2 heures après le déjeuner.

10 janvier. — 15 heures : G.R., 4.280.000; G.B., 3.000 ;
16 heures : G.R., 4.300.000, G.B., 8.000.

11 janvier. — 10 heures : G.R, 5.360.000; G.B., 9.800.

OBSERVATION N° XXXXII

(ED. BENHAMOU et H. DUBOUCHER)

Fed., (Reine), âgée de 54 ans, entre à l'hôpital de Mustapha le 13 septembre 1932 après avoir consulté l'un de nous pour des métrorragies traînantes qui persistent depuis cinq ans et font de cette malade une véritable infirme.

Son histoire est schématique, elle a été réglée à 13 ans, sans avoir présenté aucune des maladies de l'enfance et les menstrues ont été pendant de longues années absolument normales, ne se prolongeant pas au delà de 3 à 4 jours. A l'occasion d'accès palustres (3), elle a présenté vers l'âge de 15 ans des épistaxis répétées, abondantes et dont la disparition a semblé coïncider avec la guérison du paludisme. A 24 ans, elle se marie et a bientôt un enfant : la grossesse et les suites de couches se passent sans incident : en particulier, les règles réapparaissent après quelques mois, suivant leur rythme habituel. A 27 ans, deuxième grossesse suivie d'un accouchement normal : aménorrhée pendant seize mois. A partir de ce moment, les règles réapparaissent, mais elles sont précédées pendant plusieurs jours d'un écoulement séro-sanguin et se prolongent de 8 à 10 jours. La malade accuse alors des douleurs vagues dans le bassin. Bientôt, les règles prendront un caractère franchement hémorragique, s'accompagnant surtout de caillots, et à plusieurs reprises nécessiteront un traitement d'urgence (anthéma, tamponnement, ergotine) pendant quatre ans, cette femme est constamment au lit ou sur la chaise longue et ne reste guère plus de sept à huit jours dans le mois sans pertes

sanguines. Les douleurs pelviennes, les métrorragies répétées font conseiller les cures à Salies-du-Béarn, qui n'apportent aucune amélioration, depuis un an des épistaxis abondantes précèdent chaque fois les règles et les accompagnent. L'asthénie est devenue telle que l'entourage de la malade s'inquiète et réclame une thérapeutique énergique.

A l'examen, on est en présence d'une femme plutôt pâle, non amaigrie. *Localement*, l'utérus ne présente aucune lésion du col, qui est seulement un peu gros, légèrement béant, nullement douloureux. Pas de réactions annexielles; les culs-de-sac vaginaux sont entièrement libres et indolores. Rien à signaler au niveau des différents viscères; poumons et cœur normaux, T.A., 10/6; foie et rate ne dépassant pas le rebord costal. Pas d'albumine dans les urines. *Mais le signe du lacet est fortement positif*. Quelques minutes après la mise du garrot, on voit apparaître sur le bras, l'avant-bras et la main une quantité considérable de petites pétéchies.

Un examen du sang, immédiatement pratiqué, donne les résultats suivants:

G.R., 4.010.000 ; Hb 90 p. 100 ; G.B. 4.400 ; Plaquettes, 162.000 ; Réticulocytes, 1 p. 100; Temps de saignement, 10' 30"; Temps de coagulation, 6' ; Rétraction du caillot, 50'.

Les jours suivants, nous constatons la même positivité intense du signe du lacet et le même *abaissement du chiffre des plaquettes*.

La technique nous employons pour les numérations des plaquettes et qui nous paraît être la meilleure actuellement pour les recherches en série et celle de Van Herwerden Van Goidsenhoven, que l'un de nous a essayé de rendre plus précise et plus pratique par la simple adjonction de bleu créysil brillant au liquide de dilution.

Nous comptons :

Le 16 septembre : 153.000 plaquettes.

Le 18 septembre : 178.000 plaquettes.

Le 20 septembre : 186.000 plaquettes.

Le 22 septembre : 176.000 plaquettes.

Le 24 septembre : 173.000 plaquettes.

Le 27 septembre : 170.000 plaquettes.

Le 2 octobre : 163.000 plaquettes.

Les plaquettes sont, en outre, petites, peu mobiles, peu réfringentes. Bien qu'il y ait un suintement sanguinolent persistant, le chiffre des réticulocytes ne subit pas de modifications appréciables et varie de 0,90 p. 100 à 1,15 p. 100.

L'examen clinique et l'examen hématologique nous font faire le diagnostic de purpura à prédominance de métrorragie et nous font conseiller la splénectomie qui est acceptée.

Splénectomie (Docteur H. Duboucher) le 10 octobre. Incision parallèle au rebord costal gauche : la rate est en position élevée et fixée au diaph. (absence congénitale de pédicule). Incision du péritoine splénique au point de réflexion sur le diaph. Mobilisation et pédiculisation de la rate. Ligature et section du pédicule. Le lit diaphragmique de la rate est exsangué : Fermeture en trois plans de la paroi sans drainage. Réunion par première intention.

Examen histologique. — La rate, qui pèse 200 grammes et laisse s'écouler peu de sang à la section présente un aspect charnu sur les coupes, on est frappé par la diminution de diamètre des follicules de Malpighi, on trouve à leur niveau une véritable métaplasie réticulo-endothéliale, les éléments lymphoïdes étant clairsemés et de grosses cellules du type réticulo-endothéliale, rognant en quelque sorte la périphérie du follicule.

Dans les jours qui suivent la splénectomie, les métrorragies ne se reproduisent plus et *dès le lendemain, le signe du lacet disparaît* pour ne plus reparaitre pendant tout le temps de notre observation. Quand les règles reviennent (30 octobre) leur quantité et leur durée seront normales et elles ne seront plus précédées ni accompagnées d'épistaxis. Nous avons pu suivre au jour le jour les modifications du côté des plaquettes, des G.B., des G.R. et des réticulocytes.

Le 13 octobre, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention, *le chiffre des plaquettes est brusquement remonté à 873.000*, les plaquettes sont, en outre, plus mobiles, plus

vivantes, plus grosses et prennent mieux la couleur qu'avant l'intervention.

Nous notons les chiffres suivants :

Le 15 octobre : 780.000 plaquettes.

Le 20 octobre : 717.000 plaquettes.

Le 30 octobre : 552.000 plaquettes.

Le 15 novembre : 443.000 plaquettes.

Le 25 novembre : 455.000 plaquettes.

Le chiffre des G.B. qui oscillait avant l'intervention entre 4.000 et 5.000 passe à 19.640 le 13 octobre et à 10.780 le 20 octobre. La formule leucocytaire est d'ailleurs totalement différente; avant l'opération, nous étions frappés par la présence de grandes cellules à types de monocytes, de phagocytes, après l'intervention, il est des poly. qui prédominent et nous ne retrouvons plus les grands mono, qui avaient attiré notre attention.

Le chiffre des G.R. subit pendant un mois une légère diminution descendant à 3.070.000 le 13 octobre, à 3 millions 200.000 le 20 octobre pour revenir à 4.000.000 le 15 novembre. Le chiffre des réticulo. monte à 2 p. 100 durant les huit premiers jours, puis varie de 0,90 p. 100 à 1 p. 100 comme avant l'intervention.

Mais, tandis que disparaissait le syndrome hémogénique, survenait, à cinq jours après l'opération, un petit épanchement de la *plèvre gauche*; une ponction nous permit de retirer 50 cent. 3 d'un liquide citron, à Rivalta positif, puis le surlendemain 100 cm³ d'un liquide présentant les mêmes caractères et dont le culot leucocyt. ne présentait que des lympho. de température oscilla autour de 38° pendant 15 jours, puis les phénomènes pleuraux disparurent sans laisser de trace et deux radiographies successives montrèrent un aspect normal des plaques pulmonaires.

Cependant, l'inoculation au cobaye (Institut Pasteur) allait démontrer, deux mois après, la nature tuberculeuse de cet épanchement.

Revue, quatre mois après, cette jeune femme présente des règles toujours normales, n'a plus eu d'épistaxis et l'examen hématologique donne des résultats suivants :

G.R., 4.200.000 ; Hb 100 p. 100 ; G.B., 7.000 ; Plaquet-

tes, 416.000 ; Réticulocytes, 1,2 p. 100 ; Temps de saignement, 3 minutes 30"; Temps de coagulation, 4 minutes ; Rétraction du caillot, 40 minutes.

Un examen clinique et radiologique permet de constater que les poumons sont toujours normaux.

OBSERVATION N° XXXXIII

(DOCTEUR P.-E. WEIL)

Ita, D..., 17 ans, entre le 16 avril 1911 pour des métrorragies, salle Sainte-Martine.

Antécédents héréditaires. — Parents et grands-parents bien portants. Pas d'antécédents hépatiques ni hémorragiques dans sa famille. La mère a seulement des règles abondantes durant quelquefois plus de huit jours.

Antécédents personnels. — Rougeole à six ans.

Début de la maladie. — Dès la seconde enfance, ses parents remarquent qu'un choc, même léger, détermine une large ecchymose, qu'une piqûre d'aiguille provoque une hémorragie souvent abondante.

Enfant toujours pâle, rapidement fatiguée et présentant des palpitations au moindre effort, mais cependant jamais malade.

Les règles apparaissent à l'âge de 13 ans, très abondantes et remplies de caillots. Bien qu'elle s'alite au second jour, les règles se prolongent quinze jours, sans douleurs ; elle ressentait seulement des vertiges, des bourdonnements d'oreille et de la fatigue.

Depuis lors, les menstrues reviennent tous les mois avec un retard de quatre à huit jours, toujours abondantes avec des caillots, et durent deux semaines.

Des épistaxis fréquentes apparaissent qui coïncident parfois avec les règles ; saignements des gencives par net-

toyage des dents. Ecchymoses sur le corps au moindre heurt et parfois même spontanées.

A quinze ans, à la suite de l'ablation d'une dent, elle eut une hémorragie gingivale qui dura une journée et nécessita la venue d'un médecin.

Ces hémorragies déterminèrent un état d'anémie, de faiblesse, qui l'obligea à cesser tout travail.

En septembre 1910, la malade entre à Lariboisière pour son anémie, qu'on soigna pendant six mois par un traitement ferrugineux et des inhalations d'oxygène.

A la fin de février 1911, on l'envoya au Vésinet, elle pesait alors 60 kilos ; elle dit avoir maigri d'environ 2 kilos.

Le 20 mars, règles qui surviennent à l'époque normale. Au troisième jour, épistaxis qui dure de huit heures du soir à trois heures du matin, avec état lipothymique. Quelques jours après, les règles deviennent si abondantes qu'on est obligé d'injecter à la malade six ampoules de sérum physiologique de 250 cc. Elles cessent au bout de quinze jours. La malade entre alors à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Aspect d'une grande anémique ; pâleur des téguments et des muqueuses, sans subictère.

Taille moyenne. Système pileux normalement développé, peu d'amaigrissement. Aspect infantile, paraît treize ans.

Larges ecchymoses sur l'épaule et le bras droits et à la face antérieure de la jambe droite.

Sauf des souffles anémiques cardiovasculaires, rien à noter d'anormal du côté de la circulation.

A l'examen du poumon, on trouve seulement une légère submatité au sommet droit avec une respiration un peu faible.

Appareil digestif normal. Rien dans les urines. L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'extraordinaire.

Pas de leucorrhée. Rien d'anormal au toucher rectal.

L'examen du sang, pris à la veine, montre un écoulement rapide ; la coagulation se fait sans sédimentation en un temps variant de vingt à trente minutes. Le caillot se

rétracte moins que normalement, mais ne s'émiette pas; sérum plus jaune.

Temps de saignement : 1 h. 30'.

On pratique des injections de sérum de cheval tous les deux mois.

En août 1911, l'enfant revue est injectée de sérum. Son temps de saignement est 1 h. 12.

En décembre, nouvelle injection. Avant l'injection, temps de saignement, 29 minutes. Quelques jours après, 14 minutes.

Elle revient se faire injecter en mars 1912. La santé générale est beaucoup meilleure; l'enfant a beaucoup grandi.

Les règles reviennent tous les 28 jours, très abondantes encore, moindres cependant, avec moins de caillots.

Les épistaxis ont cessé; elle n'en a eu qu'un seul de quelques minutes. Quand elle se pique, elle ne saigne presque plus. Les hémorragies gingivales ont disparu, de même que les ecchymoses cutanées.

Elle a pris depuis décembre un traitement ferrugineux.

Le temps de saignement est difficile à marquer, car il persiste longtemps un suintement très minime; on peut compter entre 20 minutes net et 30 minutes.

Nouvelle injection de sérum.

OBSERVATION XXXXIV

A..., 20 ans, présente depuis quatre ans environ des hémorragies utérines presque continues, sauf deux arrêts de trois à quatre mois.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu, dans sa jeunesse, de grandes pertes menstruelles, qui se prolongaient parfois jusqu'à quinze jours; depuis son mariage, à l'âge de 24 ans, les règles durent un temps normal. Deux accouchements normaux. L'un des deux a été suivi d'une

hémorragie importante après la délivrance. Depuis, pas de nouvelles pertes. Teint cholémique. Crises de coliques hépatiques, il y a sept ans.

Une tante maternelle présente également des pertes longues et abondantes.

Du côté paternel, pas d'antécédents hémorragiques.

Antécédents personnels. — Nourrie au biberon. Entérite avec bronchite à l'âge de six mois. Rougeole, Diphtérie à 7 ans. La mère dit qu'elle fut difficile à élever et n'eut jamais une forte santé.

Vers l'âge de 6 à 7 ans, présente des épistaxis fréquentes qui duraient quelques minutes. Ces épistaxis ont cessé à l'âge de 16 ans, quand apparurent les règles. Pour les faire cesser, on pratiqua, à 14 ans, l'ablation des végétations adénoïdes, qui fut suivie l'après-midi d'une forte épistaxis. Les émotions, les variations de température faisaient revenir les hémorragies.

La malade n'a jamais saigné notablement à la suite de piqûres ou de coupures, ni lors de la chute de la première dentition. Pas d'ecchymoses spontanées sur les téguments.

Pas d'antécédents hépatiques.

Début de la maladie. — A 16 ans, les règles apparaissent, durent une semaine et reviennent normalement pendant trois mois.

A ce moment, l'hémorragie génitale s'installe et, dès lors, ne cesse plus, sauf pendant trois mois à deux reprises. Elle n'est pas influencée par la station debout, se produit jour et nuit, sans douleur; elle s'accompagne de la production de caillots. Les fatigues, les émotions, la constipation en exagéraient l'abondance.

Etat actuel. — Décembre 1910. Vu l'importance de ces hémorragies qui ont rendu cette jeune fille une grande anémique, un examen local a été fait, qui a démontré l'intégrité des organes génitaux.

On est en présence d'une personne grande, bien développée, très pâle de peau et des muqueuses, facilement dyspnéique. Rien de pulmonaire. Souffles anémiques de base et dans les vaisseaux du cou. L'appétit est bon, mais irrégulier; la digestion est lente, quelquefois douloureuse;

il existe une grande constipation. Rien d'anormal au toucher rectal.

Le sang, recueilli à la veine, se coagule en 12 à 15 minutes; le caillot se rétracte bien; émiettement assez minime, sérum jaune.

Contre les hémorragies, on avait essayé sans succès du repos au lit pendant des mois, des injections sous-cutanées d'eau salée, de cacodylate de soude; des injections vaginales de tannin, de feuilles de noyer, de perchlorure de fer à l'intérieur, l'hamamelis, l'hydrastis canadensis, la gélatine, le chlorure de calcium.

Outre une hygiène générale, nous prescrivons simplement quatre lavements de sérum de cheval (20 centimètres cubes pendant quatre jours), un tous les deux jours.

Le traitement, suivi du 7 au 13 janvier, amène la cessation des pertes.

Les règles reparaissent le 30 janvier. Trois lavements sont donnés, trois jours de suite, le 4 février. Arrêt des règles le 7 février.

Apparition des pertes le 18 février. Arrêt le même jour par un seul lavement.

Du 19 février au 23 mars, santé normale.

Le 23 mars, apparition des règles. Elles sont faciles. Cependant, aucune autre hémorragie ne se montre, ni épistaxis, ni purpura, ni saignement gingival, mais appétit médiocre, constipation, amaigrissement.

La malade, qui a pesé jadis 60 kgr., pèse 56 kgr. 600. Nous ordonnons le traitement Ferrier, en alternance avec un traitement ferrugineux.

Les règles s'arrêtent le 5 avril, après cinq lavements de sérum.

Grande amélioration de la santé générale.

Nous revoyons notre malade le 6 janvier 1912, Mlle A., s'est bien portée pendant six mois. Les règles sont régulières, sans abondance excessive. Elles durent cinq à six jours.

Le temps de saignement est de 8 min. 5.

OBSERVATION XXXXV

(DOCTEUR P.-E. WEILL)

Mas..., 18 ans, examinée le 12 juin 1912. Cette jeune fille a l'aspect d'une fillette de 13 ans, obèse. Elle mesure en effet 1 m. 47, mais pèse 56 kgr. Elle souffre de pertes utérines intenses.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère vivante et bien portante qui aurait, paraît-il, des règles plus fréquentes et plus fortes que la normale. Cinq enfants vivants, dont la naissance s'est faite sans hémorragie particulière.

Antécédents personnels. — Sauf une rougeole, n'a fait aucune maladie.

Début de la maladie. — Règles apparaissent à l'âge de onze ans, normales pendant plusieurs années, durent huit jours et reviennent tous les vingt-huit jours environ.

Depuis trois ans, règles augmentent, deviennent continues, ne cessent que lorsque l'enfant reste au lit, ou quand on lui fait des injections de sérum de cheval. Elles ne sont pas douloureuses. Le sang s'écoule fluide ; quelquefois, cependant, l'émission de quelques caillots les rend douloureuses.

A la suite des injections sériques, l'enfant reste douze à quinze jours sans hémorragies, puis les pertes reparaisent. Le sérum en lavement agit moins bien, et ne donne que deux à trois jours de tranquillité. Les injections sériques sont bien supportées; cependant, le jour de l'injection, l'enfant a soit des nausées, soit des vomissements, du malaise, un peu de courbature et d'insomnie; pas d'éruptions consécutives.

Facies lunaire; double menton; seins volumineux; pannicule adipeux considérable. Le système pileux est partout bien développé sans anomalie cependant.

L'examen des organes ne laisse rien constater de particulier ni du côté du cœur, ni du côté des poumons.

Le foie n'est pas gros. Il n'y a jamais eu d'ictères. Rate normale. Le teint est clair, non cholémique.

Le fonctionnement digestif est normal. Pas de constipation.

M. Siredey qui a examiné l'enfant, a pensé à la possibilité d'un ovaire scléreux.

Pas de goitre ni d'atrophie thyroïdienne.

Des ecchymoses apparaissent souvent sur les téguments; l'enfant saigne facilement des gencives, mais n'a que rarement des épistaxis, et seulement au cours du coryza. Elle n'est pas adénoïdienne.

Le Docteur Lépolde-Lévi l'a soumise successivement à une cure diététique pour son obésité, et à une série de traitements opothérapiques, qui n'ont pas donné grand résultat.

Le traitement thyroïdien a dû être interrompu parce qu'il amenait de la tachycardie; à deux reprises, il y a trois ans et il y a un an, on tenta un traitement hypophysaire.

Le corps jaune, la capsule surrénale, la glande mammaire n'ont pu amener la cessation des hémorragies que, seules, l'opothérapie sérique a modifiées.

Le chlorure de calcium fut inefficace. Un séjour à la mer a plutôt aggravé les choses.

Cependant, l'enfant n'a pas l'aspect d'une anémique. Les globules rouges s'élèvent à 4.100.000 par millimètre cube; l'hémoglobine à 80 (Gowers).

Le sang pris à la veine coagule sans sédimentation en quinze minutes; bonne réaction du caillot; émiettement partiel et télescopage du caillot; sérum un peu plus jaune que normalement.

Le temps de saignement est légèrement prolongé, mais l'hémorragie anormale; la coupure saigne une minute et demie, puis le sang recommence à couler pendant une minute et demie, après arrêt d'une minute à deux reprises.

OBSERVATION XXXXVI

(DOCTEUR P.-E. WEILL)

Val. B..., 14 ans, examinée le 18 novembre 1910.

Ne paraît pas à beaucoup près son âge.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant. Mère vivante et bien portante. A eu une hémoptysie à 18 ans et des épistaxis. Souffre de rhume des foins. N'ont que cette fille unique.

Antécédents personnels. — Varicelle à 7 ans. Oreillons à 11 ans. Ictère catarrhal, qui dura quinze jours, à 8 ans.

En 1909, éruption polymorphe fébrile, siégeant sur les membres et s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux, pendant une quinzaine de jours.

Pendant toute son enfance, saigne facilement du nez, même spontanément, surtout en été. Mais ce fut que pendant l'éruption polymorphe qu'elle eut une épistaxis abondante. A ce moment, une épistaxis notable durant trois jours nécessita un tamponnement.

Début de la maladie. — Les règles ont apparu pour la première fois le 30 octobre; mais pendant trois mois, en mars, avril et mai 1909, des épistaxis surviennent périodiquement, qui durèrent une fois vingt-deux, une fois vingt-quatre heures.

Depuis mai, il n'y eut plus d'épistaxis, mais l'enfant présenta presque continuellement, sans motifs, de larges ecchymoses sur le corps.

Saignement facile des gencives. La chute de la canine supérieure gauche survenue l'an dernier, spontanément, fut suivie d'une hémorragie pendant trois heures.

En octobre, les règles furent normales pendant quatre jours, puis s'exagérèrent le cinquième et furent considérables dix jours.

Le chlorure de calcium, l'hydrastis, l'ergotine, les injections chaudes ne purent les diminuer.

A partir du sixième jour, l'enfant perdit des caillots avec de fortes coliques. Les règles cessent le 18 octobre.

Les règles reparaissent le 7 novembre. Elles sont normales pendant quatre jours, sans caillots.

A la suite d'une faiblesse, elles reparaissent avec caillots.

Une injection d'eau salée, une injection de sérum de cheval ne donnent aucun résultat.

L'enfant est très pâle, avec un teint un peu jaune. La puberté débute à peine; pas de poils aux aisselles, rares poils pubiens. Pas de développement des seins.

Pas de troubles digestifs: appétit bon, digestion facile; peu de constipation. Rate et foie normaux. Rien au cœur ni aux poumons.

Le sang veineux se coagule en vingt minutes après sédimentation d'un cinquième environ. Rétraction incomplète du caillot latérale, sans émiettement, sérum jaune.

On pratique une seconde injection de 20 centimètres cubes de sérum de cheval, le 4 novembre, qui donne du 22 au 24 une assez forte réaction fébrile avec vomissements, céphalée, urticaire.

Le premier jour, hémorragie augmente puis diminue et traînage jusqu'au 25, où elle cesse.

En décembre, les règles ont été plus courtes (dix jours). On soigne l'anémie de l'enfant, dont l'état général s'améliore petit à petit.

OBSERVATION XXXXVII

(DOCTEUR P.-E. WEIL)

Lent..., 14 ans. Envoyée le 1^{er} octobre par le Docteur Trotin, de Bourg-la-Reine, pour graves ménorragies.

Antécédents héréditaires. — Mère a présenté à la ménopause de grandes hémorragies pendant quatre ans, pour lesquelles on a pensé à intervenir.

Une tante maternelle a de grandes épistaxis. Deux enfants, cette fille et un fils qui a eu à l'âge de 16 ans, du purpura avec douleurs rhumatismales.

Antécédents personnels. — Pas d'hémorragies dans l'enfance. Règles apparaissent à 13 ans, durant une semaine, très abondantes.

En juillet, infection intestinale d'aspect typhique, et, à

la convalescence, ménorrhagie avec purpura et douleurs articulaires. Ecchymoses faciles.

Le mois dernier, pertes brusques et si fortes qu'en dix minutes un linge est sali. Purpura. L'enfant est extrêmement pâle.

Le sang veineux se coagule en quinze minutes, après sédimentation; rétraction imparfaite latérale, sérum légèrement plus jaune.

On injecte 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique avant l'époque des règles. Les taches purpuriques disparaissent ainsi que les ecchymoses.

Les règles sont survenues huit jours plus tard que d'habitude, fortes cependant, mais n'ont duré que quatre jours au lieu de huit. L'enfant se recoloré et se trouve bien.

Le mois suivant, les règles durent de même quatre jours. Depuis, je n'ai plus eu de nouvelles.

OBSERVATION XXXXVIII

(DOCTEUR P.-E. WEIL)

Marie J..., 18 ans, adressée par le Docteur Lubet-Barbon pour épistaxis et ménorrhagie le 25 octobre 1908.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole dans l'enfance. Les règles apparaissent à 14 ans et demi, régulières, indolores, elles durent d'abord dix jours, puis quatre à cinq jours. Les premières ont été de véritables pertes dont rien ne venait à bout.

Antécédents héréditaires. — Mère a eu quatre enfants, réglée normalement n'a jamais souffert d'hémorrhagie. Grand'mère a eu coliques hépatiques, vivante et bien portante. Père vivant et bien portant. A des sœurs qui ont eu des épistaxis faciles, mais peu graves.

Etat actuel. — Cette jeune fille a présenté des epis-

taxis dans l'enfance, assez fréquentes, mais pu graevs. A 14 ans, au moment de sa formation, épistaxis abondantes et fréquentes (2 à 3 fois par semaine) survenant le jour, ou la nuit et difficiles à arrêter. Elles durent ainsi jusqu'en juin 1908, sans que rien ait pu les faire cesser : cautérisations nasales, traitement par le fer, le chlorure de calcium, l'huile de foie de morue.

Depuis juin, les règles ont diminué, et les épistaxis ont cessé. Actuellement, le teint est pâle, les muqueuses blanches; aspect légèrement bouffi de la face des chlorotiques. La taille et l'habitus général sont ceux d'une fillette de 14 à 15 ans.

Rien au cœur ni aux poumons. Souffle extra-cardiaque et dans les vaisseaux du cou. Tube digestif normal.

Rien d'anormal à l'examen de l'abdomen. Le foie débordé légèrement les fausses côtes, la rate est sensible à la percussion.

Ecchymoses faciles sur tout le corps. Quand l'enfant se pique, la plaie saigne longtemps. Il y a quatre ans, s'étant cognée contre un arbre, elle a saigné plusieurs heures. Il n'y a pas eu d'hémorragie, à la chute de la première dentition.

Rien dans les urines.

Examen du sang : G.R., 3.250.000; G.B., 4.500 ; Hémoglobine, 0,50. Polynucléaires, 72 ; Mononucléaires, 12 ; Macrophages, 15 ; Eosinophiles, 1 ; Lésions anémiques du sang.

La coagulation du sang pris au doigt est subnormale. Le sang coule plus fort et plus longtemps que normalement.

Le sang, pris à la veine, coule avec une grande rapidité, sédimente assez lentement et se coagule en vingt-cinq minutes : la rétraction du caillot est très minime. Sérum de couleur normale.

Un deuxième examen du sang, fin janvier 1909, montre la même coagulation de type plasmatique, qui se produit en 16 minutes. L'hémoglobine est remontée à 65.

Elle reçoit le 9 novembre une injection de 20 centimètres cubes de sérum de cheval.

Au début, le traitement sérique semble donner quelques

résultats ; on pratique une injection de 20 centimètres cubes tous les trois mois, en 1909 et 1910. Mais, en somme, son efficacité reste assez douteuse. Les règles sont irrégulières, fortes ou même absentes quelquefois. Des épistaxis surviennent aussi de temps en temps.

Le 31 août 1909, le sang veineux coagule après sédimentation rapide en 22 minutes ; peu de rétraction du caillot.

Les traitements opothérapique suivants, furent tentés : extrait hépatique, extrait thyroïdien, extrait ovarien et n'eurent aucun résultat utile.

Depuis août 1909, l'enfant se porte bien jusqu'en mars 1910 ; règles normales, pas très abondantes, durant huit jours, sans épistaxis, jusqu'en juillet.

En février, une forte épistaxis. En juillet, une épistaxis durant toute une nuit remplace pour deux mois la menstruation.

Les règles, reparaissent en septembre, abondantes et prolongées (12 jours) accompagnées d'épistaxis pendant vingt-quatre heures.

Syncope, l'enfant étant au lit. Ecchymose sur le corps.

Injection de sérum de cheval qu'on refait tous les deux mois. En octobre, le sang veineux se coagule après sédimentation en vingt-quatre minutes.

OBSERVATION II.

(DOCTEUR P.-E. WEIL)

F... Berthe, 14 ans. Entre le 28 septembre 1909 dans le service du Docteur Broca.

Antécédents héréditaires. — Mère morte il y a sept ans. Père toujours malade (?). Un cousin germain saigne souvent et abondamment du nez.

Antécédents personnels. — Fille unique, née à terme,

nourrie au sein par sa mère jusqu'à deux ans. Dentition à 8 mois, marche à un an.

Bronchites fréquentes. Diphtérie à 9 ans.

Début de la maladie. — Réglée depuis le 8 décembre 1908. Menstrues régulières jusqu'en juin 1909, durant cinq à six jours. Depuis ce moment, ses règles durent quinze jours, et même trois semaines, elles cessent à peine cinq à six jours. L'écoulement est abondant, continu; sang pur avec parfois gros caillots.

Vers l'âge de neuf ans, épistaxis fréquentes pendant une année. Apparition facile d'ecchymoses: il y a deux mois, les jambes et les cuisses étaient couvertes de plaques ecchymotiques; pas de manifestations articulaires.

A l'examen, l'abdomen est normal. La vulve est intacte. Le toucher rectal associé au palper abdominal montre un utérus petit et dur.

Aspect anémique de la malade. Souffles dans les vaisseaux du cœur. Cœur, poumons, reins normaux.

L'examen du sang veineux permet de constater une coagulation quasi normale. Écoulement rapide. Coagulation en quinze minutes sans sédimentation. Rétraction rapide, sérum plus jaune.

1^{er} octobre. — L'hémorragie a cessé au repos. Injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum antidiph-térique.

14 octobre. — La malade n'a pas saigné de nouveau. Pas de règles. Bon état général. Le teint se recoloré.

9 novembre. — On l'envoie à Epinay en bonne santé.

OBSERVATION L

(DOCTEUR P.-E. WEIL)

Y..., 19 ans.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 4 ans. Varicelle à 8 ans. Appendicite, il y a deux ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Mère a des règles fortes et prolongées (dix jours au plus, sept ordinairement), douloureuses la première journée. Epistaxis dans l'enfance.

Deux filles, la plus jeune a 15 ans et n'offre rien de semblable.

Grand'mère maternelle morte à 70 ans, bien portante.

La mère a cinq sœurs bien portantes, qui ont des règles fortes, mais non anormales.

Aucune tendance hémorragique du côté paternel. Père a eu une jaunisse très grave, il y a treize ans, quelques années après un séjour au Brésil.

La sœur eut un ictère catarrhal. La mère a eu des coliques hépatiques, il y a dix ans, d'une durée de vingt-quatre heures, sans jaunisse. Teint légèrement jaune avec pigmentation péri-oculaire.

Deux tantes ont eu une jaunisse.

La malade et sa mère aussi ont très facilement des ecchymoses cutanées, qu'elles attribuent à des coups.

Etat actuel. — Jeune fille grande, forte. A eu, dans la première enfance, des épistaxis assez fréquentes, mais ne semblaient pas avoir une persistance anormale.

Depuis l'âge de sa formation, 13 ans et demi, règles irrégulières, toutes les sept à huit semaines, quelquefois tous les deux mois, fortes et prolongées.

Il y a deux ans, en dehors d'une époque menstruelle, fortes épistaxis de plusieurs heures.

Depuis un an, règles toutes les cinq semaines, abondantes. Il y a trois mois, pertes abondantes que rien n'a fait cesser, mais qui ont subi des exacerbations aux périodes correspondant aux règles.

L'examen gynécologique, de même que l'examen des organes, fait pendant une opération de l'appendicite, a démontré l'intégrité de l'appareil génital.

L'examen de sang a montré, en mars 1910 :

G. R., 4.200.000 ; Hém. 0,80 ; V.G., 0,95.

Coagulation du sang périphérique normale en huit

minutes. Arrêt du sang facile. Rétraction quasi normale. Léger émiettement du caillot.

Coagulation du sang veineux. Ecoulement assez lent. Sédimentation légère du caillot : coagulation en vingt à vingt-cinq minutes. Rétraction légèrement diminuée ; émiettement important du caillot. Sérum jaune.

Une injection de sérum de cheval n'a pas modifié la perte sanguine. La malade a été perdue de vue.

OBSERVATION LI

(DOCTEUR P.-E. WEIL)

Z... J..., 14 ans, mesure 1 m. 64 et pèse 75 kilogram. ; elle est obèse et paraît plus que son âge. Dès son enfance, elle a présenté ces tendances à l'obésité.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Mère eczémateuse, qui a eu des épistaxis dans la jeunesse, mais qui n'a jamais eu d'anomalies des règles, sauf que ses règles ont cessé brusquement à 37 ans ; une seule grossesse normale.

Antécédents personnels. — Rougeole à 9 ans. Oreillons, Varicelle. Ictère à l'âge de 5 ans, sans fièvre, d'une durée de 5 jours, pendant lequel l'enfant présenta un vomissement de sang. Réglée à 11 ans de façon régulière. Les règles viennent tous les mois, durent une semaine, fortes les trois premiers jours. Elles ne sont pas douloureuses, mais elles sont précédées la veille de céphalée.

La malade présente une éruption autour des ongles des pieds et des mains, des phlyctènes hémorragiques, qui s'infectèrent secondairement. En même temps, nombreuses ecchymoses, larges comme des pièces de vingt sous, sur tout le corps.

Pendant un an environ, apparaissent, surtout au moment des règles, sur tout le corps, des ecchymoses avec prédominance sur les membres.

La malade, qui a d'assez mauvaises dents, a saigné des gencives à cette même époque.

Rien d'anormal au cœur, aux poumons, du côté de l'appareil digestif, ni dans les urines.

Mauvaise qualité d'ongles, friables et ponctués. Légère bouffissure des téguments. Légère cyanose des mains et des pieds qui sont toujours froids. Frilosité. Poils et cheveux normaux.

Apathie générale; assez grande paresse cérébrale. Caractère calme avec des crises passagères de colère; pleure et rit facilement.

Un traitement renouvelé de dix jours par mois de lactate de calcium a amélioré la situation. L'hiver, on ajoute de l'huile de foie de morue. A la suite d'une cure à Saint-Gervais, la jeune fille n'a plus d'ecchymoses sur le corps, les règles sont plus courtes.

A 16 ans, sa taille est de 1 m. 68; son poids de 81 kg.

OBSERVATION LII

(DOCTEUR BENIAMOU)

Une jeune fille de 20 ans nous est envoyée du service d'Ophthalmologie, où elle a été traitée pour des accidents hémorragiques du côté de l'œil et qui ont entraîné la perte de cet œil. Des biopsies, pratiquées au niveau des bourgeons qui saignaient, ont permis d'inoculer à plusieurs reprises des fragments aux cobayes; ces inoculations n'ont jamais été suivies de tuberculose de l'animal. La malade nous est adressée parce qu'elle présente des hématoméses extrêmement abondantes. Une pleurésie dans l'enfance nous était signalée dans ses antécédents. Un examen minutieux, clinique et radiologique nous permet d'éliminer avec certitude toute lésion organique du côté du poumon, et aussi du côté de l'estomac ou du duodénum. Quand on interroge la malade, elle nous apprend

que, depuis sa plus jeune enfance, elle a été sujette à des épistaxis, qu'elle avait facilement des bleus. A deux reprises, elle aurait eu, vers l'âge de dix ans, des selles noîrâtres ou franchement sanglantes qui avaient été interprétées comme des manifestations d'entérite. L'examen des autres organes est négatif. La rate n'est pas augmentée de volume, le foie a des dimensions normales. Dans les périodes qui séparent les hématomes, le chiffre des globules rouges redevient rapidement normal ; au contraire, les hématomes, quand elles se produisent, durent plusieurs jours, sans arrêt, et laissent la malade littéralement exsangüe : seules, les transfusions répétées peuvent la sauver d'une mort imminente. Chacun de ces épisodes hémorragiques commence brusquement et se termine brusquement comme une véritable crise. Parfois, alors que la situation paraissait critique, qu'on s'attendait à une fin possible, les hémorragies s'arrêtent, avant même que ne soit faite la transfusion, et l'état général est rapidement transformé.

Lorsque nous pratiquons l'examen hématologique, nous trouvons un chiffre de plaquettes oscillant autour de 200.000, qui ne descendit jamais au-dessous de 150.000, mais qui ne dépassa pas 250.000 ; le temps de saignement était modérément prolongé (douze minutes environ) ; le signe du lacet était positif ; il n'y avait pas d'irrtractilité du caillot et le temps de coagulation était normal. Les signes hématologiques, comme les signes endothéliaux, ne parurent d'abord que trop peu accusés, en dépit des signes cliniques très graves, pour proposer une intervention. Mais bientôt apparurent, avant les crises hémorragiques, de grandes taches ecchymotiques (type Werlhoff) et les accidents se rapprochèrent avec une telle fréquence qu'ils firent poser l'indication d'une ligature de l'artère splénique. La rémission fut passagère et seule la splénectomie permit d'améliorer la malade. Un signe hématologique nous avait frappé au cours de l'évolution, parce qu'il était resté constant : les plaquettes étaient petites, peu vivantes, peu réfringentes et prenaient mal la couleur.

Bibliographie

A

- ABERNATHY (S.). — Splenectomy for Bleeding (in purpura hemorrhagica). — *South M. J.*, 25 sept. 1932, pp. 951-954.
- ADLER L. — Meno. und Metrorrhagien. (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1921, n° 31.)
- ARMSTORN. — « Hémorragies vaginales »: — *The Am. Jour. of Surg* (New-York), t. VIII, n° 2, février 1930, p. 295.
- ANDERSON (M.). — Purpura hæmorrhagica and metrorrhagia. (*Med. and Surg. Reporter of Philadelphia*, 28 mars 1891.)
- ARRIVAT. — Les Hémorragies génitales d'origine ovarienne. (*Gazette des Hôpitaux*, 1914, pp. 1.371 et 1.411.)
- ALRÜTZ, NORBERT et PRETTE. — Cité par Betson. (*British Journ. Exper. Pathol.*, 1926, p. 317.)
- AYMERISCH G. — Relation of anatomical alterations of the ovaries and essential Metrorrhagia. (*American Journal of Obstetr. and Gynecol.*, vol. 71, p. 521.)

B

- BENHAMOU. — Exploration fonctionnelle de la rate.
- BENHAMOU et DUBOUCHER. — Purpura hémorragique à prédominance de métrorragies. Résultats de la Splénectomie. (*Société Nationale de Chirurgie*, 15 mars 1933.)
- BENHAMOU (Ed.) et NOUCHY (A.). — « Les plaquettes sanguines au cours de la menstruation, de la grossesse et des suites de couche. » (*Gynécologie et Obstétrique*, 2 février 1932, pp. 97-110.)
- BOURDÉ et ZUCARELLI. — « Purpura hémorragique récidivant chronique. Splénectomie, guérison. (*Bul. et mem. Société de Chirurgie de Paris*, 1927, t. CIII, séance du 12 octobre, p. 1.066.)
- BRENNECKE. — Zur Aetiologie der uterinen Uterusschleim-authyperplasie. (*Zentralbl. f. Gynäkol.*, 1926, p. 448.)

BRODIN. — « Le purpura hémorragique et son traitement par la splénectomie. » (*Jour. de Med. et de Chir. pratiques*, t. IC, 13^e cahier, 10-7-1928.)

C

CASTANO C.A. — La roentgenterapia en el mioma y metropatias hemorragicas. Los resultados obtenidos entre nosotros. Buenos Aires, 1921.

CASTAN (A.). — Les métrorragies des jeunes filles. (*Th. de Paris*, 1898.)

CHAUFFARD et P. DUVAL. — Un cas de splénectomie dans le purpura hémorragique chronique. (*B. et M. Soc. de Chirurgie, Paris*, 1925, p. 513.)

CHODAK H.-H. — « Un cas de splénectomie pour purpura hémorragique. » (*Brit. Journ. of Child. dis.*, 7-9-1928.)

CONDAMIN et BRUNAT. — A propos du diagnostic et du traitement des hémorragies utérines. (*Lyon Médical*, t. L.XII, N^o, 19-1-30, p. 65 et n^o 4, 26-1-30, p. 10.)

CORI G. — *Reits f. Klin. Med.*, 1922, XCIV, 356.

COTTE, GASTON. — Sur les métrorragies d'origine ovarienne. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 30 juin 1927.)

D

DE BOVIS. — De l'hémophilie chez la femme. (*Semaine Médicale*, 6 septembre 1905, p. 421.)

DEL SEL. — Hémogénie. (*Cronica médica. Argentina*, 1929, t. 1, p. 77.)

DUPUY (J.). — « Des métrorragies essentielles ou idiopathiques. » (*Th. de Paris*, 1892.)

DUPUY H. P. M.). — La métrite hémorragique de la ménopause et de la vieillesse. (*Th. de Bordeaux*, 1897.)

DUVAL P. — « Résultats éloignés d'un cas de splénectomie pour purpura hémorragique. » (*Société de Chir.*, séance du 1-5-29.)

F

- FANANO VINCENZO. — « Contribution à l'étude des diathèses hémorragiques. » (*Il Policlinico sezione Medica*, 1^{er} mai 1928, fas. 5, p. 255.)
- FERRY. — « Purpura hémorragique ». (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 53, janvier 1927.)
- FLANDRIN. — « Le purpura hémorragique récidivant, son traitement chirurgical. » (*Le Sang*, 192, p. 632.)
- FURST W. — Zur Indikationsstellung der strahlentherapie in der Gynäkologie. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 1925.)

G

- GIFFIN, HERBERT (Z.), HOLLOWAY et JACKSON (K.). — A Review of twenty-eight cases of purpura hemorrhagica in which splenectomy was performed. (*Extracted from the American Journal of the Medical Sciences*, août 1925, p. 186.)
- GIRCHOVITCH J. BER. — Traitement du purpura chronique hémorragique par la splénectomie. » (*Thèse de Strasbourg*, 1928-1929.)

H

- HALBAN J. — Symptomatologie der Corpus luteum-System. (*Zentrabl. f. Gynäkol.*, 1915, n° 24, s. 409.)
- HALBAN G. (Vienne). — « Extirpation de la rate dans les Ménorragies par la trombémie. » (*Archiv. für Gynäkologie*, LCX, VII, fas. 2, 1924, p. 229-236.)
- HAMMERSCHLAG. — « Purpura hémorragique pendant la grossesse. » (*Medizinische Welt, Berlin*, T. 3, 441-436-30, March 1929.)

I

- L'INFORMATION MEDICALE. — « Traitement du purpura », N° 8, août 1930, p. 120.
- ISCH-WALL. — « L'hémogénie ». (*Thèse Paris*, 1926.)
- IRIBRANE. — La röntgenterapia en las metropatias hemorragicas. Actas y trabajos. *Primer Congreso Nacional de Medicina*, Buenos Aires, 1918, tome II, p. 467.)

J

JEANNENEY G. — Indications de la splénectomie. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 12, 9-2-29.)

JOUGLARD. — « Contribution à l'étude de l'hémogénie. » (*Thèse Médecine, Aix, Marseille, 1930.*)

K

KAZNELSON P. — *Wien. Klin. Woch.*, 1916.

KLEMPERER. — Metrorrhagia from thrombopenia. (*Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynak.*, 75-35-451, nov. 1926.)

KONSTANTINOFF. — « Essential thrombopenia of cause of utérine hemorrhage. » (*J. A. Kush I. Zhensk. Boliez*, 39, 582, 587, 1928.)

L

LAFOURCADE. — « Purpura hémorragique grave à répétition. Splénectomie, guérison. » (*Académie de Médecine*, 28-12, 1926.)

LESNE M., MARQUEZY et STIEFFEL. — « Purpura hémorragique chronique. Hémophilo-Hémogénie splénectomie. Résultats. » (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 7-28.)

LE SOURD et PAGNIEZ. — Un cas de purpura hémorragique avec disparition totale des plaquettes du sang. (*Soc. Méd. des Hôpit.*, 12 juillet 1912.)

M

MARSCH (Harold). — Splenectomy in acute hemorrhagic purpura. (*Annals of Surgery*, janvier 1930, p. 313.)

MERKLEN et WOLF. — « Traitement de l'hémogénie », (*B. et M. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, n° 12, 1-4-1926, p. 572-578)

MERKLEN H. et LERICHE. — « Un cas d'hémogénie guérie par la splénectomie. Lésion de la rate, » (*B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 33, 6-12-1928, pp. 1.614-1.620.)

- MEYER R. — Beiträge zur Lehre von der normalen und krankhaften ovulation un der mit ihr in Beziehung gebrachten vorgänge am uterus. (*Arch. f. Gyn.* 1920, 113, s. 259.)
- MICHEL-MICHON et GUIBAL. — « Syndrome hémogénique » (*Société de Médecine de Nancy*, janvier 1929.)
- MICHON et GUIBAL. — « Syndrome hémogénique : splénectomie. » (*Société de Médecine de Nancy*, janv. 1930.)
- MOIROND. — « Métrorragies de la puberté et hyperovarie. » (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, avril 1930.)
- MUNERA G. — Contribution à l'étude des Purpuras Chroniques. (*Thèse d'Alger*, 1931.)

O

- OLRY (E.). — « Métrorragies graves chez une fillette de 13 ans, par ovaires scléro-kystiques. » (*Réunion obstétricale de Lille*, 22 février 1933.)

P

- PANKOW. — Metropathna hemorrhagica. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn.* 33, 1911.)
- PAYAN L. (de Marseille). — « Sur un cas d'hémogénie purpura récidivant dans l'enfance. Inondation péritonéale. Ménorragies rebelles ayant entraîné la mort. » (*B. et M. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, N° 6, 18 février 1926, pp. 23, 239.)
- PUECH (A.). — Du Purpura hémorragique étudié au point de vue de ses rapports avec la menstruation et la grossesse. (*Ann. de Gynécol.*, oct. 1881.)

R

- RAMOND (L.). — « Ménorragie chez une jeune fille. » (*Petites cliniques de la Presse médic.*, 5 déc. 1931.)
- RECHT. — « Métrorragie chez une vierge hémophile. » (*Bull. et M. de la Société Anat. de Paris*, mars 1893, p. 207.)
- RICARDORIE M.-A. et ALBO. — *Bull. Soc. Med. Hôp. de Paris*, 1924, XVIII, 493.)

ROSKAM. — « Le syndrome hémogénique. Signification. diagnostic et traitement. » (*Brux. Med.*, 14-7-1929, N° 37, p. 1.034.)

S

SALAZAR DE SOUZA. — « Les ressources de la splénectomie. » (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIII, N° 8, août 1930.)

SCHAAK. — « La splénectomie dans la thrombopénia essentialis. » (*Vestruck. Khir.* N° 25, pp. 560-60, 1927.)

SCHRODER R. — Die hyperplasie der uterus schleimhaut. (*Archiv. f. Gynäkol.*, Bd 104, 1915, s. 82.)

SCHRODER R. — Der Anatomische und Klinische Begriff der Metropathia hämorrhagica. (*Zentbl. f. Gyn.*, 1920, n° 49.)

SYREDEY et LEMAIRE. — Les métrorrhagies virginales. Etude histologique de la muqueuse. (*Revue de Gynécologie*, 1911, n° 2.)

SPENCE (A.) — The results of splenectomy for purpura hemorrhagica. » (*The British Journ. of Surgery*, vol. XV, N° 59, janvier 1928.)

STUCKERT. — « Hémorragies ovariennes. » (*The J. of the Am. Med. Ass., Chicago*, t. XCIV, n° 16, 19-4-1930, p. 1.227.)

STUMPF (M.). — Über Hoemorrhagische Erkrankungen in Wochenbette und Während die Menstruation. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1889, XXXIV, 1.)

T

TOWNSEND (Ch. W.). — A case of hæmophilia as observed at the first menstrual period. (*Bost. Med. and Surg. Journ.* 28 nov. 1890.) — (11 mars 1897, suite de l'obs. publiée par H. P. VICKERY.)

W

WEIL (P. E.). — La durée des règles, les ménorragies et le temps de saignement. (*C. R. Soc. Biol.*, 27 av. 1912.)

WEIL (P. E.) — « Les ménorrhagies de la puberté. » (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit.*, 28 juin 1912.)

WEIL (P. E.). — Les Hémorragies segmentaires et complémentaires des règles et les règles déviées. » (*Soc. Méd. Hôpit.*, 10 janvier 1913.)

WICKHAM LEGG (J.). — Two cases of hoemmorrhagic diathesis in woman. (*Med. Times and Gaz.*, 2 déc. 1871.)

Vu :
Le Président,
V. GILLOT.

Vu :
Le Doyen,
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 30 Avril 1934.
Le Recteur,
Pour le Recteur :
LOUIS GERNET.

